Rok L. Kraków, dnia 29. kwietnia 1911. Nr. 17.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH W KIJOWIE I CHICAGO, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Śmierć w uśpieniu zapomocą bromku etylu.

Podał

Prof. L. Wachholz.

Dnia 15. lipca 1910 wezwano Dra F. zajmującego się praktyką chirurgiczną do chorej E. B. celem zaradzenia bolowi zęba, z powodu którego kilka nocy miała już nie spać i być bardzo rozdrażnioną. Dr F., którego z rodziną B. łączył od kilku lat stosunek dobrej znajomości, przybywszy z narzędziami do chorej, i stwierdziwszy ropień około ostatniego lewego dolnego zęba trzonowego, oświadczył się za koniecznością jego wyjęcia, zwłaszcza, że ząb ten był już plombowany i już kilkakrotnie miał boleć. Chora nie zgodziła się na wyjęcie zęba bez uśpienia, twierdząc, że zabieg ten przypłaciłaby śmiercią. Dr F. zgodził się na uśpienie, poczem chora udała się do mieszkania ordynacyjnego Dra F. Tutaj polecił jej Dr F. rozluźnić ubranie, i położyć się na stole, poczem po zbadaniu jej serca poddał ją uśpieniu zapomocą bromku etylu przy udziale asystenta, studenta V. roku medycyny. Uśpienia dokonano przy pomocy maski zwykłej metodą Hoffmanna i Wizla, przyczem zużyto zdaniem Dra F. około 12 gr. bromku etylu. W czasie dokonania ekstrakcyi, o tyle trudnej, że ząb tkwił silnie, poruszyła się chora kilka razy, a po ekstrakcyi zaraz silnie zbladła, przestała oddychać i tętno stało się niemacalne. Natychmiast zastosowana energiczna czynność ratunkowa, trwająca przy udziale w chwilę potem wezwanych telefonicznie dwóch lekarzy około godziny, pozostała bezskuteczną. Dodatkowo zeznał w późniejszem śledztwie sądowem Dr F., że badał ząb chorej B. i stwierdził w nim próchnienie, nadto zapalenie okostnej z obrzękiem części miękkich szczęki, choć bez ropnia, oraz, że chora mu podała, iż już kilkakrotnie przebyła zapalenie okostnej tego zęba. Dodać należy, że Dr F. podjął się dokonać zabiegu bez wynagrodzenia.

Wskutek własnego przez Dra F. uczynionego i urzędowego doniesienia o śmierci E. B. zarządziła c. k. Prokuratorya Państwa ściśle dochodzenia, a więc przedewszystkiem sekcyę zwłok.

Sekcya, dokonana w zakładzie medycyny sądowej 18. lipca (Prof. Horoszkiewicz i Dr Łobaczewski) wykazała:

Z e w n ę t r z n i e: Zwłoki kobiety dobrze zbudowanej i odżywionej; 153 cm. długie, plamy pośmiertne rozległe i wyraźne. Stężenie w dolnych kończynach utrzymane, spojówki blade, otwory naturalne jam ciała wolne. Na ciele następujące obrażenia: a) na szczycie barku prawego otarcie naskórka 2 cm. długie, zeschnięte, krwią niepodbiegnięte, b) poniżej obu brodawek sutkowych otarcie 8 cm. długie, 6 cm. szerokie, zeschnięte, krwią niepodbiegnięte, c) ponad 7. zebrem lewem w linii przymostkowej maleńka ranka kłuta, w głębi jej wyczuwa się woń eteru. Takie same ranki w liczbie pięciu, t. j. 3 na brzuchu, a 2 na klatce piersiowej; d) w jamie ustnej mieści się nieco krwawej treści; w miejscu ostatniego dolnego lewego zęba trzonowego otwór wypełniony drobnymi skrzepami, dziąsło w tem miejscu krwią podbiegnięte, nieco poszarpane, nie obrzękłe.

W e w n ę t r z n i e: Powłoki, sklepienie i podstawa czaszki nieuszkodzone, opony mózgu twarde i miękkie, gładkie, cienkie. W zatokach żylnych nieco krwi ciemnej, płynnej, mózg budowy i zbitości prawidłowej, w krew średnio zasobny, bez zmian i obrażeń. W jamie czaszkowej nie wyczuwa się żadnej charakterystycznej woni. Prawy płat gruczołu tarczowego dość znacznie powiększony do wielkości małej pięści, tchawica od strony prawej nieco przypłaszczona i przesunięta ku stronie lewej, otwarta »in situ« zawiera nieco krwawej treści. Jamy opłucne próżne, płuca wolne, opłucne gładkie, cienkie, z nielicznemi świeżemi wybroczynami, miąższ płuc wszędzie powietrzny, na przekroju gładki, jędrny, w krew w częściach tylnych zasobniejszy, wydzielający przy ucisku ciecz pienistą, jasną. W oskrzelach mieści się nieco śluzu, błona śluzowa ich nastrzykana. Naczynia płucne bez zmian. Worek osierdziowy zawiera kilka kropli jasnego płynu, osierdzie i nasierdzie gładkie, cienkie. Serce w wymiarze poprzecznym nieznacznie powiększone, wiotkie, zawiera w komorach krew płynną, zastawki gładkie, cienkie, wsierdzie w komorze lewej nieco zgrubiałe, mięsień serca wiotki o nieco zatartej budowie, żółtawy, tętnica główna wązka o błonie wewnętrznej gładkiej, ściany tętnic wieńcowych cienkie. Śledziona nie powiększona, wyraźnie miększa, soczystsza, wiśniowoczerwona. Wątroba i nerki prawidłowo wielkie, jędrne, silnie przekrwione o wyraźnym rysunku, pęcherz moczowy wypełniony jasnym moczem o błonie śluzowej bladej. Macica nieco powiększona, miększa o jamie wypełnionej skrzepami krwi, o przekrwionej błonie śluzowej, w jajniku lewym świeże ciałko żółte, zresztą przydatki bez zmian, »hymen« półksiężycowy, nieuszkodzony. Język, gardło, przełyk bez zmian, w żołądku nieco płynnej, krwawo podbarwionej treści, błona śluzowa jego gładka, blada. Jelita cienkie i grube zawierają treść swoistą, ich błona śluzowa blada, w pętlach nisko ułożonych opadowo przekrwiona, kościec nieuszkodzony.

W orzeczeniu tymczasowem zastrzegają sobie znawcy wydanie stanowczego orzeczenia po zbadaniu mikroskopowem mięśnia sercowego, oraz po uzyskaniu wyjaśnień śledczych co do objawów i okoliczności, wśród których śmierć nastąpiła.

Wynik badania mięśnia serca był następujący: Świeże skrawki zabarwiono sudanem III., ustalone zaś w 2% formaldehydzie, zabarwiono hematoksyliną i eozyną. Badanie mikroskopowe tak świeżych, jak i ustalonych skrawków nie wykazało żadnych zmian chorobowych, w szczególności zwyrodnień, natomiast wykazało nierównomierne, na ogół gorsze barwienie się, oraz rozklejenie włókien mięsnych. Orzeczenie brzmiało: Stwierdzone badaniem gorsze barwienie się mięśnia, oraz porozklejanie włókien łącznie z makroskopowem wejrzeniem mięśnia dowodzi, że mięsień serca denatki okazuje jedynie zmiany pośmiertne.

Na podstawie powyższego wyniku badań lekarskich, po zaznajomieniu się z treścią aktów śledczych, wydali znawcy następujące orzeczenie o przyczynie śmierci E. B.:

1) Wynik sekcyi, mikroskopowego badania mięśnia sercowego, w szczególności zaś objawy, wśród których śmierć E. B. nastąpiła, a o których szczegółowo wspominają zeznania Dra F. i jego asystenta, dowodzą, że E. B. zmarła nagle wskutek porażenia serca i oddychania.

2) Ta jej nagła śmierć nastąpiła w czasie narkozy t. zw. bromkiem etylu i była przez ten do uśpienia zastosowany środek wywołana.

3) Doświadczenie lekarskie poucza, że czasem zdarzają się przypadki nagłego zejścia śmiertelnego wśród uśpienia jednym z używanych w tym celu środków, do których należy także bromek etylu, a nagłe to zejście następuje mimo, że zmarły nie jest dotknięty żadną chorobą, którąby mogła stanowić przeciwwskazanie do uśpienia i mimo, że uśpienia dokonano w sposób wskazany nauką lekarską.

4) Uwzględniając akta śledcze, oraz wynik sekcyi, należy nagłą śmierć E. B. zaliczyć właśnie do tych przypadków śmierci wśród uśpienia, których przewidzieć i którym zapobiedz nie można, albowiem: a) E. B. nie była dotknięta żadną chorobą, którąby uśpienie czynić mogła przeciwwskazane; b) środek, jakiego do uśpienia użyto, uważany jest za właściwy, zwłaszcza przy podejmowaniu krótkich zabiegów, w szczególności przy wyjmowaniu zębów; c) środka tego użyto w formie najczystszego, bo z fabryki Mercka pochodzącego wyrobu, użyto go świeżym, nadto w ilości małej i w sposób przepisany, zachowując równocześnie wszelkie środki ostrożności; d) zabiegi, jakie podjęto w chwili, gdy dostrzeżono zaburzenie w akcyi serca i oddychania, były energiczne, nauką lekarską wskazane, nie mogły one jednak już zapobiedz śmierci«.

Pomimo orzeczenia tego, przeprowadzono jeszcze dalsze dochodzenia śledcze, a to w kierunku przedewszystkiem ilości zużytego do uśpienia bromku etylu, tem bardziej, że ilość tę określili Dr F. i jego asystent odmiennie. Nadto z licznych listów, jakimi rodzina zasypywała władze sądowe, wynikło, że Dr F. na lat trzy przed wypadkiem narkotyzował siostrę E. B. i ta wśród uśpienia »stężała« i przestała oddychać.

W celu określenia ilości użytego do uśpienia bromku etylu oddano pozostałą z krytycznej narkozy flaszeczkę z resztą bromku etylu znawcy, aptekarzowi X. Mikuckiemu, któremu zadano następujące pytania:

1) Jaka jest istotna zawartość flaszki, czy oznaczenie jej jako 50-gramowej odpowiada rzeczywistości, skoro asystent Dra F. oznacza ją jako 20, względnie 25-gramową.

2) Jaka zawartość płynu odpowiada znakowi czerwonemu (oznaczającemu zawartość flaszki w chwili zaczęcia narkozy), a jaka niebieskiemu (oznaczającemu zawartość tejże w chwili urzędowego odebrania flaszki, t. j. w chwili, gdy od zawartości pierwotnej należało odjąć ilość zużytą przy narkozie i ilość ulotnioną wskutek niezamknięcia flaszki przez dwie godziny, t. j. w czasie akcyi ratunkowej i t. d.)?

3) Jaka ilość płynu mogła się ulotnić przez dwie godziny, gdy we flaszce tkwił korek z dwuramiennym rozkraplaczem?

4) Jaka jest zdolność ulatniania się brometylu z flaszki oryginalnie zamkniętej i czy jest możliwem, aby w chwili otwarcia całkiem nowej flaszki było w niej mało co więcej nad połowę?

5) Czy rodzaj opakowania flaszki z brometylem 25 i 50-gramowej jest jednaki i czy już z opakowania nie można odróżnić jednej od drugiej?

Orzeczenie znawcy opiewało:

»ad 1. Flaszka mi doręczona, zawierająca resztki brometylu jest znaczona liczbą 30, co wskazuje, że mieści w sobie najmniej 30 cm³ wody; jeżeli jest pełną, to zawiera 50 gr. brometylu, gdyż c. g. tegoż wynosi 1·457 do 1.473.

ad 2. Ilość brometylu do znaku niebieskiego na flaszce odpowiada ciężarowi 12 gramów, zaś ilość między znakiem czerwonym a niebieskim 26 gr.

ad 3. Flaszka z bromkiem etylu o zawartości 50 gr., ważąca brutto 96·20, trzymana otwarta przez 2 godziny w ciepłocie pokojowej okazuje ubytku 0,70.

ad 4. Ponieważ w posiadaniu mojem będąca 50-gramowa flaszka z brometylem, fabryki E. Mercka, wedle sygnatury fabrycznej rok temu wypełniona mimo to jest pełna, przeto i flaszka z c. k. sądu mi doręczona, wedle sygnatury wypełniona 5. III. 1910 powinna była być również pełną, jednak nie można wykluczyć ubytku lotnej cieczy przy dłuższem a nieodpowiednem przechowaniu lub drobnej nieszczelności zamknięcia.

ad 5. Opakowanie obu flaszek jest jednakie, a różnica polega tylko na wielkości flaszki«.

W dalszym ciągu oddano znawcom dentystycznym prof. Dr Łepkowskiemu i Dr Sędzielowskiemu wzięty w przechowanie wyrwany przez Dra F. ząb E. B. do zbadania i zażądano orzeczenia na następujące pytania:

1) Czy ząb E. B., koło którego miał być ropień, był w tym stopniu zepsuty, że ze stanowiska techniki dentystycznej przedstawiałoby jego ratowanie wybitne trudności lub może byłoby niemożliwe?

2) Czy było właściwem stosowanie ogólnej narkozy zapomocą bromku etylu w ilości około 25 gr., czy w stosunku do ekstrakcyi jednego zęba ogólna narkoza nie była zanadto silnym środkiem, czy nauka lekarska pozwala w takich przypadkach zastąpić ogólną narkozę, jako mogącą, choć rzadko, sprowadzić śmierć, innymi środkami znieczulającymi, działającymi miejscowo?

3) Czy w szczególności nie należało dać w danym razie pierwszeństwa pozornej narkozie brometylowej przy użyciu znacznie mniejszej dawki, lub zastosować n. p. benesol?

4) Czy usunięcie dotkliwego bolu zęba możliwe jest bez jego wyrywania przy zastosowaniu środków miejscowo znieczulających i jakich?

Odpowiedź znawców opiewała:

»Ad 1) Dolny trzonowy ząb nie okazuje zmian, jakie

napotykamy zwykle przy ropniu, powstałym wskutek zapalenia okostnej koło szczytów korzeni. Ozębna jest gładka bez torebki ropotwórczej (membrana pyogenes), również niema na szczycie korzeni żadnego nadżarcia. Korona zęba posiada od strony dośrodkowo-językowej (mesialno-lingwalnej) jamę próchnicową wielkości grochu, obok niej w jamę wolno brzegiem sterczącą plomba amalgamowa, która z łatwością daje się usunąć. Po usunięciu części spróchniałych dostrzega się otwór, drążący do komory miąższu zębowego mniej więcej na wysokości szyi zęba. Po rozcięciu zęba wzdłuż jego kanałów, widzi się w obu kanałach dobrze utrzymaną nić miąższu (pulpa). Ten szczegół doprowadza nas do wniosku, że bole tego zęba były wywołane nie zapaleniem okostnej, któreby mogło było wywołać ropień, lecz zapaleniem miąższu (pulpitis), za czem przemawia pośrednio także protokół sekcyi zwłok, nie wspominający ani o obrzmieniu szczęki, ani o obrzęku twarzy. Mimo to jest wyjęcie zęba w takim przypadku usprawiedliwione, gdyż zęby takie wyjmuje się na życzenie pacyenta po zwróceniu mu uwagi, iż ząb się da uratować, raz dlatego, że chorzy często nie znoszą plombowania i przedkładają nad nie wyjęcie zęba, a powtóre, że ząb ostatni trzonowy bywa do żucia zwykle zbyteczny. Ratowanie go i upieranie się przy jego utrzymaniu jest w pewnych przypadkach bezpodstawne.

ad 2) Do wyjęcia zębów posługujemy się środkami miejscowo znieczulającymi. Środki te nie są niewinne, mogą mimo oględnego zastosowania sprowadzić zatrucie, po kokainie n. p. czasem śmiertelne. Narkozę ogólną stosuje się albo na wyraźne życzenie chorego, lub tam, gdzie przewidujemy ciężkie wyjęcie, lub gdzie mamy szereg zębów do wyjęcia. Z środków ogólnie znieczulających używa się chloroformu, często z eterem, gazu rozweselającego, często w kombinacyi z 5 gr. bromku etylu (metoda dziś szczególnie w Anglii używana), bromku etylu i pentalu. Wybór jednego z nich zależy od lekarza, a każdy z tych środków ma swą statystykę, w której notowane są przypadki śmierci. Bromek etylu sam, zwłaszcza w ostatnich czasach, nie bywa tak bardzo często stosowany. Według metody Witzla nalewa się na maskę Essmarcha, szczelnie zamykaną, najpierw kilka kropli bromku etylu, a potem naraz dawkę 15—20 gr., poczem nagle prawie bez okresu podniecenia, nastaje głęboka narkoza. Trwanie jej winno się ograniczyć najdłużej do 3 minut. Jeśli się narkotyzuje zapomocą zwykłej maski lub serwetki, to określenie zużytej dawki nie może być dokładne, znaczna bowiem część bromku etylu ulatnia się w powietrze i na chorego nie działa.

ad 3) Zastosowanie pozornej narkozy bromkiem etylu przy użyciu nieznaczniejszej dawki bywa praktycznie czasem niemożliwe, gdyż bromek etylu działa na niektórych tak szybko, iż kilka słabych oddechów wystarczy do zupełnego uśpienia, wobec czego granica między pozorną narkozą, a prawdziwą, jest często niemożliwa do uchwycenia.

ad 4) Usunięcie bolu zęba bez jego wyjęcia, jest tam możliwe, gdzie sprawa chorobowa ogranicza się do miąższu zęba, a to zapomocą pasty arszenikowej«.

Orzeczenie powyższe przedstawiono Drowi F. do oświadczenia się, poczem zeznał on, że w istocie nie stwierdził u E. B. ropnia, lecz tylko zwykłe zapalenie okostnej koło zęba.

Dodatkowo zwrócił się jeszcze sąd śledczy do starostwa i do ministerstwa spraw wewnętrznych z zapytaniem, czy oprócz dekretu kancel. nadwor. z 10. X. 1847, l. 34.830, oraz reskryptu min. spraw wewn. z 6. XII. 1850, L. 466, istnieją dalsze rozporządzenia co do stosowania środków narkotycznych w celach leczniczych, w szczególności, czy istnieje przepis, nakazujący przedsiębranie narkozy w obecności dwóch lekarzy. Obie zapytywane władze odpowiedziały zgodnie, że żadnych nowszych przepisów w tej mierze niema, w szczególności, że niema przepisu, któryby wymagał obecności dwóch lekarzy przy narkozie. Ministerstwo spraw wewn. wydało tylko przy sposobności przypadku śmierci w narkozie w pewnym szpitalu dokonanej mimo obecności kilku pomocniczych lekarzy przez nie lekarza zarządzenie, że współdziałanie w narkozie należy wyłącznie przekazać lekarzom.

Wreszcie zażądał sędzia śledczy dodatkowego orzeczenia od znawców sądowych (obducentów) na pytanie: »Czy dawkę bromku etylu, zużytą przy narkozie E. B., dającą się wedle obliczeń znawcy aptekarza i późniejszych zeznań asystenta Dra F. określić na conajmniej 25 gr., a możliwie i na 30 kilka gr. uważają za odpowiedną?«

Odpowiedź opiewała: »Za dawkę bromku etylu, potrzebną do wywołania uśpienia uważa się 15—30 gr. Wobec tego nie można uważać za nieodpowiedną ilość bromku etylu, jakiej użyto do uśpienia E. B., chociażby nawet ilość ta dochodziła do wysokości trzydziestu kilku gramów«.

Wskutek wniosku Prokuratoryi państwa zwrócił się sąd do Wydziału lek. z następującymi pytaniami:

1) Czy w danym przypadku użycie narkozy ogólnej, a nie miejscowej jest błędem takim, z którego widoczna jest nieumiejętność lekarza?

2) Czy wykonanie tej narkozy przy pomocy słuchacza medycyny, a nie lekarza, jest takim błędem, z którego widoczna jest nieumiejętność lekarza?

3) Czy między błędem pod 1) lub 2) opisanym, a śmiercią E. B. zachodzi przyczynowy związek?

4) Czy Dr F. wśród badania, narkozy, zabiegu operacyjnego i akcyi ratunkowej popełnił wogóle jaki błąd inny, niż pod 1) i 2) objęty, z którego jest widoczna jego nieumiejętność?

5) W razie twierdzącym, czy zachodzi związek przyczynowy między tym błędem, a śmiercią E. B.?

6) Jaka była przyczyna śmierci E. B.

Orzeczenie Wydziału lek. opiewało:

Ad 1) Zastosowanie narkozy ogólnej zapomocą bromku etylu w celu wykonania ekstrakcyi zęba, a nie zastosowanie miejscowego znieczulenia nie stanowi żadnego błędu, z któregoby była widoczną nieumiejętność lekarza.

Ad 2) Podjęcie takiej ogólnej narkozy przez lekarza przy pomocy studenta medycyny nie stanowi również takiego błędu ze stanowiska nauki lekarskiej, z któregoby widniała nieumiejętność lekarza.

ad 4) Dr F. nie popełnił wśród badania przed narkozą, wśród narkozy, zabiegu operacyjnego i akcyi ratunkowej żadnego błędu, z którego byłaby widoczna jego nieumiejętność.

ad 6) Przyczyną śmierci E. B. stało się porażenie serca wywołane narkozą zapomocą bromku etylu, a wyniku takiego narkozy nie dało się przewidzieć, zwłaszcza, że ani badaniem za życia denatki, ani sekcyą nie stwierdzono wad organicznych serca, któreby stanowiły przeciwwskazanie dla narkozy. Tak zwanej zaś idiosynkrazyi do bromku etylu, jaka w danym przypadku u E. B. istniała, nie da się nigdy przed zastosowaniem środka stwierdzić.

Przypadek powyższy podaję dlatego do ogólnej wiadomości, ponieważ przedstawia się on jako jeden z nielicznych, dzięki drobiazgowo szczegółowemu śledztwu sądowemu, bardzo dokładnie zbadanych przypadków śmierci wśród uśpienia brometylowego.

Bromek etylu, jakkolwiek wytworzony poraz pierwszy przed chloroformem, polecony został do usypiania przez Nunnely'go w rok po odkryciu własności znieczulających chloroformu. Ponieważ zaraz w początkach jego zastosowania zaszły przypadki śmierci, przeto popadł w zapomnienie. Niekorzystne zdania i nieliczne przypadki śmierci z tych czasów odnosi nie bez słuszności Roth (1) do niedokładnego wyrobu środka i do pomyłek w zastosowaniu niebezpiecznego bromku etylenu zamiast bromku etylu. W ostatnich dwóch dziesiątkach lat poczęto bromek etylu ponownie, i to gorąco, zalecać do wywoływania uśpienia krótkotrwałego w przypadkach krótkich zabiegów chirurgicznych zwłaszcza zaś w przypadkach wyjmowania zębów. Roth potwierdza korzystne zdanie z bromku etylu Gillesa, który stosował go w 2000 przypadków bez jakichkolwiek groźnych następstw. Na 1500 uśpień brometylowych, dokonanych przez Rotha, »bez pomocy drugiego lekarza«, nie zauważył ani razu groźnych następstw jego działania. Ilość zużyta przezeń do uśpienia wynosiła 5—10 gr., a rzadko dochodziła do 20 gr. Breitbach (2) zaleca gorąco bromek etylu do uśpienia w praktyce dentystycznej i oświadcza, że na 14.211 uśpień brometylowych nie zdarzył mu się ani jeden przypadek śmierci i że, wbrew zdaniu Müllera (3) nie zna dla uśpienia tym środkiem żadnego przeciwwskazania, albowiem nawet chorzy z wadami serca doskonale je znosili. Wbrew Rothowi, który z biegiem czasu przenosi miejscowe znieczulenie nad uśpienie brometylowe, oddaje pierwszeństwo temu ostatniemu, dowodząc, że np. po kokainie bywają częste i groźne zatrucia. Nie umie określić dawki maksymalnej, oświadcza jednak, że stosował bromek etylu u niespokojnych chorych w ilości nawet 50 gr. bez żadnych następstw. Możliwe przypadki śmierci uważa Breitbach za »nieszczęśliwe wydarzenia, jakie człowieka w różny sposób nawiedzić mogą«. Podaje następnie przypadki nagłej śmierci u osób po dokonaniu zabiegów dentystycznych bez uśpienia i twierdzi, że gdyby osoby te były poprzód usypiane, laicy i znawcy sądowi odnieśliby ich śmierć do narkozy. Jeżeli przed uśpieniem brometylowem bada on serce pacyenta, to nie czyni tego z istotnej potrzeby, lecz tylko dlatego, aby uspokoić chorego i aby na wypadek nieszczęścia pozbawić znawców, którzy »zazwyczaj nie znają narkozy brometylowej«, możności zarzucenia mu błędu lekarskiego. W tych swoich wycieczkach przeciw znawcom posuwa się Breitbach za daleko, a przypadek, przezemnie powyżej ogłoszony, dowodzi niezbicie, że znawcy umieją myśleć i oceniać krytycznie przypadki nieszczęśliwe narkozy brometylowej.

Jakkolwiek uśpienie brometylowe jest niewątpliwie o wiele mniej niebezpieczne, niż uśpienie chloroformowe, przecież nawet przy zastosowaniu najczystszego bromku etylu zdarzyć się mogą i już się zdarzyły przypadki śmierci. I tak opisał Marmetschke (4) z zakładu sądowo-lekarskiego Prof. Lessera we Wrocławiu dwa przypadki śmierci z tego uśpienia

Pierwszy z nich dotyczył 36 letniego robotnika z przerostem serca lewego i I. tonem niezupełnie czystym u którego zastosowano celem zeszycia przedartego krocza uśpienie z 45 gr. bromku etylu po poprzedniem wstrzyknięciu 0·01 morfiny, w dwa tygodnie później uśpienie morfinowo-chloroformowe (15 gr.), wreszcie w niespełna dwa miesiące potem celem usunięcia przetok uśpienie z 10 cm³ bromku etylu. W chwili zakładania opatrunku przestał chory oddychać, a tętno było niewyczuwalne. Czynność ratunkowa nie odniosła skutku. Sekcya stwierdziła stare zmiany na zastawkach aorty, mierne zwężenie światła tętnic wieńcowych serca, mierne rozszerzenie serca lewego, dość znaczne zmiany przewlekłego zapalenia nerek i znamiona stanu limfatycznego (status lymphaticus). Lekarzy uwolniono od odpowiedzialności karnej, gdyż nie dał się wykazać żaden błąd techniczny. W drugim przypadku zmarła wśród uśpienia po zażyciu 12 cm³ bromku etylu $23\frac{1}{2}$-letnia kobieta. Uśpienie zastosował technik dentystyczny z powodu wielkiego rozdrażnienia chorej, której miał wyjąć naraz kilka zębów. Prócz sekcyi zarządzono chemiczne badanie narządów denatki, które wykryło brom i alkohol i badanie chemiczne pozostałej reszty użytego do uśpienia bromku etylu, który się okazał odpowiadającym wymogom niemieckiego lekospisu. Tak orzeczenie obducentów, jak i orzeczenie kolegium lekarskiego odniosło przyczynę śmierci do porażenia serca, dotkniętego, jak sekcya stwierdziła, wadą zastawki dwudzielnej. Zdaniem tych orzeczeń popełnił obwiniony technik błąd, że nie zbadał przed uśpieniem serca, względnie nie wezwał do narkozy lekarza i że jako nieświadom zasad sztuki, nie udzielił chorej takiej pomocy w chwili zapadu, jakiej w tym razie udzielić należy. Technika obwinionego zasądzono za zaniedbanie na 6 miesięcy więzienia.

Partsch (5) prof. dentystyki w Wrocławiu ocenia ten drugi przypadek nieco odmiennie. Jego zdaniem wyjęcie zębów wywołało u chorej omdlenie, które zakończyło się śmiercią, ponieważ nie dokonano sztucznego oddychania, »lege artis«, t. j. nie wydobyto języka, który opadł ku tyłowi, zatykając wejście do krtani. W dalszym ciągu opisuje Marmetschke przypadek śmierci 27-letniej kobiety w dwie doby po uśpieniu wrzekomo brometylowem, podjętem w celu wyjęcia kilku zębów. Badanie chemiczne wykazało zamiast bromku etylu bromek etylenu, wydany przez pomyłkę przez aptekarza zamiast zapisanego wyraźnie bromku etylu. Objawy i obraz sekcyjny przypominały objawy i zmiany anatomiczne po otruciu fosforem. Pomocnik aptekarza został zasądzony. W końcu podnosi Marmetschke, że nawet wyższe dawki, niż 70 gr. bromku etylu, użyte do uśpienia u dorosłych, nie wywoływały groźnych następstw.

Uwzględniając tedy tak całość przebiegu opisanego na wstępie przypadku, jak i dane z dotychczasowego doświadczenia i odnośnego piśmiennictwa, nie można było żadną miarą dopatrzeć się w całem postępowaniu Dra F. jakiegokolwiek błędu lub zaniedbania, a jedynie należy opisany powyżej przypadek zaliczyć do tych nielicznych wydarzeń nieszczęśliwych, na jakie ludzkość zgodzić się musi w zamian za dobrodziejstwo znieczulenia na czas zą-

biegu operacyjnego. Zarazem jednak wiemy, że w czasach, gdy środki znieczulajace nie były jeszcze znane, zdarzały się wśród zabiegów operacyjnych przypadki śmierci wskutek wstrząsu psychicznego, bolu i przestrachu. Że zaś przypadki śmierci z narkozy, względnie z użytego środka znieczulającego nie są liczne, wynika z odnośnych dat statystycznych. I tak wedle statystyki Gurlta ([6]) z r. 1893, przypada jeden przypadek śmierci: na 2907 uśpień czysto chloroformowych, na 4118 eterowo-chloroformowych, na 14643 czysto eterowych i na 4550 brometylowych.

Wedle mego zestawienia ([7]) z oddziału chirurgicznego ś. p. Prof. Obalińskiego zdarzyły się dwa przypadki śmierci wśród uśpienia chloroformowego w ciągu niespełna 21 lat tak, że jeden przypadek śmierci przypadał na 2024 uśpień. W ciągu ostatniego dziesięciolecia (1900—1910) zaszło w klinice chirurgicznej, oddziele chirurgicznym szpitala św. Łazarza i św. Ludwika (dla dzieci) ogółem 7 przypadków śmierci z działania środków znieczulających, a dodać muszę, że każdy taki przypadek śmierci podlega sekcyi sądowej tak, że wszystkie, jakieby zaszły, musiałyby być przedmiotem sekcyi w zakładzie sądowo-lekarskim dokonanej. Jeżeli się zważy bardzo znaczną ilość przypadków uśpienia, wykonanego w ciągu tych lat 10 w rzeczonych zakładach, to liczba zejść śmiertelnych okazuje się minimalną. Z liczby 7 przypadków śmierci przypadają 4 przypadki na oddział chirurgiczny szpitala św. Łazarza, 2 na klinikę, a jeden na oddział chirurgiczny szpitala dla dzieci. W 6 z nich śmierć była wywołana chloroformem, w jednym tropakokainą. Przypadki te dotyczyły 5 mężczyzn w wieku lat 15, 16. 17, 20 i 28, dalej chłopca lat $2\frac{1}{2}$ i kobiety lat 32. U czterech z nich nastąpiła śmierć w początku uśpienia po zużyciu chloroformu w ilości do 10 gr., u dwóch nastąpiła śmierć w ciągu uśpienia i zabiegu operacyjnego. Wynik sekcyi był w 4 przypadkach zupełnie ujemny; w jednym prócz obustronnych zrostów opłucnych nie stwierdzono żadnych zmian, w jednym znaleziono otłuszczenie i rozszerzenie serca, w dalszym zwyrodnienie tłuszczowe mięśnia serca i zwyrodnienie skrobiowate śledziony i nerek (zabieg z powodu »lymphomata colli tuberc. abscedentia«). Przypadek śmierci z tropakokainy dotyczył kobiety, u której ambulatoryjnie wyłuszczono torbiel skórną przy użyciu metodą Schleicha 15 gr. $\frac{1}{2}$% rozczynu tropakokainy (zatem czystego środka 0·075). Sekcya stwierdziła w tym przypadku typowy obraz »status thymici« (grasica mimo 32 lat wieku denatki ważyła 22 gr.) i nieznaczny wól na szyi. W żadnym z tych przypadków nie można było dowieść przewinienia lekarskiego.

Piśmiennictwo. 1) Über Bromäthernarkose. Prager med. Wochenschr. 1906, Nr 21. — 2) Die Bromäthylnarkose. Vortrag in der stomat. Abt. des XVI. internat. med. Kongr. in Budapest 1909. — 3) Narkologie. Berlin, 1908. — 4) i 5) Über tötliche Bromäthyl- u. Bromäthylenvergiftung. Vierteljschr. f. ger. med. 1910, T. 40. — 6) Flatten: Tod durch Bromäthyl. Zeitschr. f. Med.-Beamte 1897, S. 240. — 7) Przegl. lek. 1891 i w Langenbecks Archiv. Bd. XLIII. Z. 2.

Z kliniki chirurgicznej Radcy dworu Prof. L. Rydygiera we Lwowie.

O leczeniu słoniowaciny sposobem Handleya.

Podał

A. Rydygier (jun.).

Z pewnem niedowierzaniem czytaliśmy pracę W. S. Handleya, chcącego przywrócić normalne krążenie limfy i wytworzyć niejako na nowo naczynia limfatyczne przez wprowadzenie pod skórę pasm nici jedwabnych; jednakże wobec zachwalania tejże metody przez Drauta na 38. Zjeździe chirurgów niemieckich w Berlinie, postanowiliśmy wypróbować ten sposób na lwowskiej klinice, a wyniki okazały się o tyle zadowalniające, że pragniemy podać je do szerszej wiadomości i zachęcić kolegów do dalszych prób w tym kierunku.

Metoda Handleya tembardziej zasługuje na uwagę, że inne sposoby leczenia słoniowaciny prawie żadnych nie dają wyników. Trzymając się ściśle opisanej przez Handleya metody, dokonaliśmy w dwóch przypadkach słoniowaciny operacyi w następujący sposób: Z małego nacięcia skóry wzdłuż więzadła Pouparta podprowadziliśmy zapomocą ostrej, mocnej sondy z uszkiem osiem nitek jedwabnych pod skórę w ten sposób, że jeden ich koniec zapuszczono w tłuszcz przedotrzewny ponad więzadłem Pouparta, same zaś nitki prowadzono pod skórą w kierunku ku stopie na przedniej powierzchni uda tak daleko, jak długą była sonda (35 cm), przyczem wszystkie nitki leżały obok siebie. W tej odległości nacięto skórę i z tego drugiego nacięcia podprowadzono nitki w dalszym ciągu pod skórą dalej w kierunku odśrodkowym z tą różnicą, że nitki podzielono na dwie wiązki po cztery nitki w każdej i jedną wiązkę skierowano więcej na wewnątrz, drugą więcej na zewnątrz uda. W dalszym odstępie 35 cm z dwóch nowych nacięć, prowadzono, tym razem w czterech kierunkach po dwie nitki i tak dalej, aż tym sposobem na goleni każdą z ośmiu nitek osobno pod skórą przeprowadzono, tak, że w równych odstępach na jego obwodzie ku dołowi przebiegały i na wysokości kostek się kończyły. Ranki w skórze, które nam służyły do podprowadzania sondą nitek jedwabnych, zaszyto katgutem.

Pierwszy przypadek tyczył się 47-letniego chorego, u którego słoniowacina miała powstać wskutek urazu (przejechanie wozu przez golenie) przed laty dwoma. Obie kończyny dolne przedstawiają typowy obraz słoniowaciny, prawa w wyższym, lewa w mniejszym stopniu. Obwód ich wynosił:

Przed operacyą:

	po stronie prawej:	po stronie lewej:
udo	56	45·5
pod kolanem	50·5	36
w łydce	44	38
w stopie	62	57·5

Po operacyi:

	po stronie prawej:	po stronie lewej:
udo	54	41·5
pod kolanem	47	38
w łydce	36·5	34
w stopie	51	34

widzimy więc z tego, że wymiary obwodu kończyn zmniejszyły się o:

	kończyna prawa	kończyna lewa
udo	2 cm	4 cm
pod kolanem	7 »	3·5 »
w łydce	7·5 »	4 »
w stopie	11 »	23·5 »

Po operacyi obwód obu kończyn stale się zmniejsza, tak że już w pierwszych dwóch dniach zauważyć można znaczną różnicę. W dalszych dziesięciu dniach zmniejszenie to postępuje stale, lecz wolniej. Gdy chory po dwóch tygodniach opuszczał klinikę z rankami doraźnie zrosłemi, wymiary kończyn wynosiły, jak wyżej podaliśmy.

Drugi przypadek tyczył się 20-letniej chorej, mającej od dzieciństwa przetoki gruźlicze na śródstopiu i w okolicy główki kości strzałkowej nogi prawej, a która od lat trzech zauważyła stale powiększający się obrzęk goleni, a więcej jeszcze stopy prawej. Dokonano zabiegu Handleya powyżej opisanym sposobem, oraz wyskrobano przetoki, lecz wyniku dodatniego nie zauważono, obwód kończyny pozostał niezmieniony. Tłómaczyliśmy to sobie tem, że w przypadku tym chodziło o słoniowacinę na tle zapalnem, że przetoki mimo ich wyskrobania nie zagoiły się i dalej podtrzymywały ten stan, tem trudniejszy do usunięcia z powodu twardych niepodatnych fałdów skóry i nacieków zapalnych, w niej porozrzucanych.

Niemniej wobec wyników u pierwszego chorego zastosujemy ten niewinny zresztą sposób w leczeniu następnych przypadków słoniowaciny, poprostu dla braku lepszej metody.

Z kliniki medycznej Uniwersytetu Jagiell. w Krakowie.
Dyrektor: Prof. Dr W. Jaworski.

Leczenie głodem.

Podał

Dr W. Skórczewski.

(Dokończenie).

W pierwszym rzędzie zająć się tutaj muszę zestawieniem podanej i wydalonej wody, która okazuje bardzo charakterystyczną i niejako dla leczenia głodem swoistą zmianę. Ilość wody, podanej w trzech naszych okresach, była prawie jednakowa; 2200, 2050, 2250, są to przeciętne dzienne z poszczególnych okresów. Natomiast wydalanie wody moczem było w okresie pierwszym i trzecim znacznie mniejsze, niż w okresie drugim. Gdy w trzecim, czwartym i piątym dniu pierwszego okresu ilość moczu jest prawie stałą 640 cm³, to średnia drugiego okresu wynosi aż 1800 cm³, a więc prawie trzy razy więcej. Trzy pierwsze dni po głodzeniu dają ilości moczu najmniejsze, średnio około 380 cm³, zwiększając się do normy pierwszego okresu wraz z zatrzymaniem podawanych soli.

Zastanawiając się nad wodą wydalaną z kałem, znajdziemy stosunek odwrotny; kał przez 5 dni głodzenia nie wydala się zupełnie, jedynie traci wodę, która zostaje wessana; ilość dzienna wody pierwszego i trzeciego okresu, w ten sposób otrzymana, waha między 200—400 cm³.

Bilans wody przedstawia się następująco. Jeżeli przyjmiemy, choćby niezbyt słusznie, że tak w okresie pierwszym, jak i w następnych, strata wody przez skórę i drogą oddychania była jednakowa, co prawdopodobnie w okresie drugim będzie szacunkiem zbyt wysokim i ocenimy ją na 935 gramów na dobę, w okresie pierwszym i trzecim uwzględniając wodę, powstałą z procesów utlenienia w ustroju na 360 cm³ dziennie odpowiednio do 3000 kaloryi dziennego pożywienia, wówczas zestawienie bilansu wody da następujące wyniki. W okresie drugim ilość wody oksydacyjnej jest znacznie mniejsza; gdyby ją określić średnio na 100 cm³ dziennie, otrzymalibyśmy w okresie pierwszym przyswojenie około 700 gr dziennie, w okresie drugim wydalanie około 600 gr dziennie, a w okresie trzecim dwa pierwsze dni zatrzymanie po litrze wody, trzeci dzień 800 cm³, czwarty 600 cm³, piąty 500 cm. Porównawszy drugi i trzeci okres z wagą chorego, otrzymamy stratę w drugim okresie, wynoszącą 4 klgr (z 62 klgr na 58 klgr), gdy ilość wody wydalonej wynosiła tylko 3000 cm³. W okresie trzecim przyswajanie wody dochodzi do 4000 cm³, ciężar ciała podnosi się o $3^1/_2$ klgr. Stosunki te byłyby w okresach tych dość zgodne. Natomiast w okresie pierwszym nie mogę w inny sposób wytłomaczyć sobie niezgodności bilansu, wobec utrzymującego się na równi ciężaru ciała, jak tylko znacznie większą stratą drogą przeziewu (perspiracyi), co wobec wielkiego niepokoju chorego i jego ruchliwości (w następujących okresach leżał chory spokojnie w łóżku) jest prawdopodobne. Strata ta przez pięć dni musiałaby wynosić 3500 cm³.

Przechodzimy następnie do wydalanych soli, a więc w pierwszym rzędzie omówimy najważniejszą w przemianie materyi sprawę soli kuchennej, oznaczanej jako chlor w moczu i stolcu metodą Mohra. Ilość soli wydalanej moczem wynosiła dziennie w pierwszym okresie 5—6 gr; w stolcu ilość dzienna przenosiła 1 gr. Już w drugim dniu głodzenia ilość wydalonej soli zmniejsza się niżej 4 gr, w trzecim do 2 gr, a w piątym nie dochodzi 1 gr. Stolec, przez te 5 dni oddany, zawiera zaledwie ćwierć grama soli. I po głodzeniu stosunki te nie odrazu powracają do normy; i tak, choć dzienna dawka soli kuchennej dochodzi do 6 gramów, ilości wydalane w poszczególnych dniach trzeciego okresu wynoszą 0·6, 0·8, 2·7, 6, 10 gr. Stolce trzeciego okresu zawierają o połowę mniej soli, niż stolce pierwszego okresu. Wniosek stąd prosty, iż około 15 gr chloru, jako soli kuchennej, ustrój zatrzymał, tak jak w okresie drugim około 15 gramów wydalił; jeżeli te 15 gramów obliczymy na płyn izotoniczny z płynami ustroju, otrzymamy 2 litry płynu, odpowiadające wydaleniu wody w okresie drugim. Naturalnie resztę wydalonej wody odnieść musimy do stosunku jej, od innych wydalonych soli ustrojowych zawisłego.

Kwas fosforowy oznaczałem zapomocą miareczkowania octanem uranylu, a w kale zapomocą metody wagowej, jako fosforan magnezyi. Ilość jego tutaj, tak przed, jak i podczas głodzenia, nie wykazuje zmiany, jedynie stolec głodzonego zawierał odsetkowo kwasu fosforowego więcej, co jasno się tłómaczy wydzielaniem dość znacznych ilości kwasu fosforowego przez śluzówkę jelit. Jeżelibyśmy

TABLICA III.

Badanie stolców.

	Ilość	Ilość such. stolc.	% wody	tłuszcze obojętne	kwasy tłuszczowe	Ilość Cl jako NaCl	Ilość P_2O_5	Ilość CaO	Ilość MgO	Ilość K_2O	Ilość Na_2O
Okres pierwszy	4 stolce gr. 1256	278	78%	10·78	16·27	5·56	10·36	7·58	0·1	3·496	2·81
Okres drugi	1 stolec gr. 328	85	74%	5·8	5·41	0·255	13·88	3·365	0 083	2·29	2·63
Okres trzeci	3 stolce gr. 1763	330	83%	12·21	15·18	2·81	13·05	10·43	0·263	8·03	3·53

stosunek fosforu do azotu starali się oznaczyć liczbami, biorąc podstawę z kwasu fosforowego jako jednostki, to otrzymujemy dla pierwszego i drugiego okresu 3·7 do 1, a dla trzeciego 2·7: 1. Gdy w pierwszych okresach stosunek ten jest wobec kwasu fosforowego pożywienia zupełnie jasny, w drugim okresie utrzymanie tego stosunku jest zależne od zmniejszonego wydalania azotu, a więc od ograniczania się ustroju, które spostrzegamy, zwłaszcza uwzględniając ilość azotu i fosforu, zawarte w kale. Natomiast obniżenie się stosunku w okresie trzecim jest zależne tak od znacznych ilości kwasu fosforowego wydalanych z moczem i kałem, jak od zmniejszenia wydalania azotu, zależnego od znacznego przyswajania pokarmów białkowych w tym okresie na korzyść ustroju.

Skąpe oznaczenia kwasu siarkowego w moczu metodą wagową, jako siarkanu baru, dają nam liczby, wykazujące zmniejszenie wydalania podczas okresu głodzenia w porównaniu do liczb okresu pierwszego i trzeciego. Wobec tego, iż nie oznaczałem kwasów siarkowych związanych, jakoteż siarki obojętnej, nie mogę wysnuwać wniosków bardziej stanowczych, a jedynie oprzeć się muszę na teoretycznie przypuszczalnej równoległości wydalania azotu i siarki z ustroju, naturalnie bez szans dokładności.

Przechodząc następnie do omawiania wydalanych zasad, spostrzegamy równoległość wydalanego sodu z wydalaniem chloru, tak że nie potrzebuję się niem szczegółowo zajmować, ponieważ jest to sprawa zupełnie równoległa. Natomiast w stolcu ilość sodu w okresie głodzenia jest odsetkowo znacznie większa, aniżeli w innych okresach, co objaśnia dokładnie niestosunek między ilością chloru w danym stolcu, a ilością sodu. Jasnem to się stanie, jeśli tylko zwrócimy uwagę na to, iż ustrój zawiera znacznie większe ilości potasu, niż sodu, a potas wchodzi w skład ustroju jako chlorek potasu.

Potas w pierwszym okresie wydala się bardzo energicznie; jest to prawdopodobnie skutkiem przejścia z pożywienia roślinnego (wieśniak) na dyetę mieszaną kliniczną ze stosunkowo większym dodatkiem soli (E. Biernacki. Zeitschr. f. exp. Pat. u. Th. 1910). Stolce zawierają o połowę mniej potasu, niż w okresie trzecim.

Strata moczem w okresie głodzenia wynosi 9 gr. K_2O wobec 10 gr. Na_2O. W stolcu głodzonego jest około 2 gr. sodu i 2 gr. potasu. W okresie trzecim ograniczenie wydalania potasu trwa przez pierwsze dwa dni po głodzeniu, następnie ilości te nie dochodzą ilości pierwszego okresu i stosunek wydalanego potasu do sodu z 1:1 przesuwa się do 1:4, jak to w 5-tym dniu trzeciego okresu spostrzegamy, Znaczna ilość potasu w stolcu okresu trzeciego świadczy. o małem jego wessaniu w tymże okresie, co wytłómaczyćby można ilością sodu dostateczną dla wyrównania strat poprzedniego okresu; również i zapotrzebowanie ustroju, by pokryć straty potasu, wydalonego w poprzednim okresie, wpływać musi na słabsze wydalanie się jego moczem.

Wreszcie przechodzę do omówienia stosunków, panujących przy wydalaniu wapna (CaO) i magnezyi (MgO). Stosunek ten wobec obfitego we wapń pożywienia (mleko) różni się w okresie przed głodzeniem nieco od normy. Wapna bowiem wydala się moczem więcej, niż magnezyi; podczas okresu głodzenia ilość wydalanego moczem wapna spada do ilości wydalanej magnezyi, aby około 3. dnia po głodzeniu znowu powrócić do pierwotnego stosunku. Ilości wapna w kale są naturalnie znacznie większe (20 razy) wobec znanej jego małej wessalności. Ilości magnezyi w kale są stosunkowo nizkie.

Wreszcie musimy omówić sprawę wydalania acetonu i ciał mu pokrewnych (kwasu tleno-masłowego). Jak z licznych badań (ostatnio Böminger i Mohr) wynika, ilość acetonu w moczu zwiększa się, choć niezbyt znacznie, a ilość wydychanego acetonu równocześnie maleje. Wobec tego nie uważałem za stosowne przeprowadzać jego oznaczeń w moczu, ponieważ z nich nie mógłbym wysnuwać wniosków. Natomiast posługiwałem się odczynem z chlorkiem żelazowym dla ocenienia występującej acydozy. Odczyn ten często spostrzegano już w pierwszych dniach głodzenia; u mego chorego stale był ujemny. Naturalnie zwiększenie się acydozy pociąga za sobą i zwiększenie się wydalenia amoniaku, czego w mym przypadku również nie spostrzegałem.

Wreszcie przejść musimy do zjawiania się w moczu białka, które przy głodzeniu występuje niejednokrotnie w niewielkich ilościach. Białkomocz wystąpić może i po głodzeniu, białkomocz przemijający, raczej jako białkomocz pokarmowy. U mego chorego wydalania białka, ani cukru w moczu nie spostrzegłem.

* * *

Przeglądając wyniki naszych spostrzeżeń, musimy główną wagę leczenia głodem położyć na dwa czynniki. Jednym jest zubożenie ustroju co do substancyi białkowych i zapasowych (tłuszczu, glikogenu), drugim wydalanie znacznych ilości soli i wody. Oba te czynniki pozwalają na porównanie leczenia głodowego z leczeniem »przepłukującem«, t. zn. z wypłukiwaniem z ustroju ciał zużytych. Dla lepszego przedstawienia nie zaszkodzi przytoczyć porówna-

nia tej metody leczniczej z nieustającym piecem fabrycznym, który zastawia się na pewien czas i daje się możność dokładnego wypalenia materyału palnego.

Gdy tak pojmiemy głodzenie i przypuścimy pożyteczność tego zabiegu w pewnych stanach chorobowych, to musimy sobie postawić natychmiast następujące pytania: Jak długie wstrzymanie się od pokarmów jest dla osiągnięcia wyniku korzystnego potrzebne? Dalej, kiedy leczenie głodem staje się szkodliwe i kiedy występuje wskazanie do jego przerwania? Wreszcie, czy nie możnaby leczenia głodem przedłużyć zapomocą odpowiednich dodatków pokarmowych?

Na pierwsze z tych trzech pytań odpowiedź brzmiećby może powinna następująco: A) Gdy ilość białka krążącego w ustroju zostanie całkowicie zużyta, co możemy poznać po mniejszych ilościach azotu wydalanego moczem, a więc po odczynie ustroju na brak pokarmu białkowego, (w naszym przypadku 5-ty dzień głodzenia, w piśmiennictwie zazwyczaj jeszcze wcześniej). B) Gdy ilość wody i chloru zostanie w ustroju do tego stopnia zmniejszona, że ilość soli wydalanej na dobę spada na 1 gram (4-ty dzień głodzenia). Możnaby to określić znacznie racyonalniej: gdy ilość wydalonego sodu zmniejszy się do ilości wydalonego potasu (3-ci dzień głodzenia), jednak ze względów trudności technicznych (żmudna metoda strącania potasu jako chlorku platynowo-potasowego) pozostałoby to zawsze tylko wskazaniem teoretycznem.

Szkodliwość leczenia głodem udowodniłby pierwszy kliniczny objaw zjawiającej się acydozy. Wtedy leczenie stawałoby się niedozwolonym eksperymentem. Rzeczą lekarza byłoby śledzić objawy acydozy i przy pierwszych jej objawach natychmiast leczenie przerwać. Wystąpienie acydozy zmuszałoby ustrój wydalać większe ilości zasad (amoniaku) dla związania tworzących się kwasów. Stąd też skrzętne badanie wydalania amoniaku dawałoby nam tutaj zupełnie pewne wskazówki. Dokładne prace, jakie w tej dziedzinie w ostatnich latach wykonano, pozwalają mi dość jasno określić stanowisko lekarza. Wydalanie bowiem kwasów tlenomasłowych zachowuje się u różnych osób nadzwyczaj niejednostajnie. Jest ono w ścisłym związku z rozpadem tłuszczu ustrojowego i może być prawie całkowicie zniesione przez dodatek dzienny 100 — 120 gr. cukru gronowego. Oto więc zarazem i odpowiedź na trzecie nasze pytanie. Innymi słowy dodatek cukru wskazany jest w każdym przypadku, gdzie chodzi nam o zaoszczędzenie tłuszczu ustrojowego, a spostrzegliśmy wybitny odczyn z chlorkiem żelazowym, dalej tam, gdzie uważalibyśmy przedłużenie leczenia głodem za wskazane, a obawialibyśmy się występującej acydozy. W ten sposób uzyskalibyśmy pewną broń dla przeprowadzenia leczenia głodowego, dochodząc do wyników pod A i B zaznaczonych, usuwając możliwość szkodliwości tego leczenia.

Wreszcie nie potrzebuję nadmieniać, że kliniczne stwierdzenie podrażnienia nerek jest wskazaniem do nieodzownego przerwania głodzenia.

Postarajmy się obecnie o odpowiedź na pytanie: Jakie stany chorobowe mogłyby dać wskazania do leczenia głodem? Na pierwszem miejscu trzebaby umieścić te stany chorobowe, w których należy ustrój uchronić od wprowadzania szkodę mu mogących przynieść składników pokarmów. Mam tu na myśli skazę moczanową i obraz chorobowy oksaluryi. W obu tych sprawach leczenie głodowe, a więc wstrzymanie się od pokarmów, daje najlepsze warunki do ułatwienia ustrojowi wydalenia nadmiernie nagromadzonych i z trudnością wydalanych szkodliwych ciał przy zupełnem wstrzymaniu dowozu ich do ustroju. Gdy u osoby niezbyt zasobnej przeprowadzenie takiego leczenia byłoby ze strony lekarza błędem, to w przeciwnym wypadku, jak mi się zdaje, możnaby myśleć o głodzeniu, jako o leczeniu, rokującem ze stanowiska teoretycznego, — przy naszej bezsilności wobec dny, — w porównaniu z innemi metodami dyetetycznemi lepsze nadzieje. Po przeprowadzeniu takiego leczenia powinna ścisła dyeta bezpurynowa uchronić ustrój od następnego nagromadzania się ciał szkodliwych. Przy oksaluryi po kuracyi głodowej odpowiedniem byłoby wstrzymanie się od pokarmów zawierających w większej ilości szczawian wapnia.

Dalej polecenia godnem byłoby przeprowadzenie leczenia głodowego w kamicy, tak wątroby, jak i nerek. Zwłaszcza w kamicy nerkowej spodziewaćby się można ułatwienia rozpuszczalności kamieni, zważywszy przepłukujący charakter kuracyi i małą zawartość soli w moczu.

Przeprowadzenie leczenia odtłuszczającego zapomocą głodzenia teoretycznie niechybnie najprędzej wiodłoby do celu, jednak nie zdaje mi się usprawiedliwionym taki eksperyment, polegający na tak znacznej stracie białka ustrojowego i wiodący do chery przy zastosowaniu przez tak długi czas, jaki jest potrzebny do odpowiedniej utraty wagi. Natomiast włączanie dni głodowych byłoby niewątpliwie u osób ze zdrowem zupełnie sercem ze względu na efekt odtłuszczania korzystne. Rozumie się samo przez się, że dni takie miałyby zupełnie inne znaczenie, niż przeprowadzenie leczenia głodowego w poprzednio omawianych przypadkach.

Również inaczej zapatrywaćby się należało na te sprawy chorobowe przewodu pokarmowego, któreby leczenie głodem usprawiedliwiały, a więc na krwawiący wrzód żołądka, ostry, względnie przewlekły nieżyt żołądka i jelit i t. p., gdzie przy zastosowaniu leczenia głodem chodzi nam w pierwszym rzędzie o utrzymanie pracy trawiennej przewodu pokarmowego. Pewne niestrawności (dyspepsye), które niejednokrotnie odnosimy do chorobliwej przemiany materyi, dawałyby nam wskazania do leczenia głodowego, podjętego z obu względów.

Przy sposobności przestrzedz muszę, iż każde przeprowadzenie leczenia głodowego wymaga wielkiej staranności o czystość jamy ustnej. Stąd też i oglądanie języka podczas leczenia głodowego nie da żadnych klinicznych wskazówek.

Wreszcie chciałbym wspomnieć o sprawach chorobowych, w których leczenie głodem przy ograniczeniu dowozu płynów mogłoby przynieść korzyści. Myślę tu o ułatwieniu wessania wysięków zapalnych w jamach ciała, naturalnie przy wyborze odpowiedniego momentu i odpowiedniego do leczenia przypadku. Np. gdyby niezbyt świeży wysięk zapalny u osoby dobrze odżywionej nie okazywał dostatecznej tendencyi do wessania, niewątpliwie zastosowanie leczenia głodem mogłoby wessanie przyspieszyć, zwłaszcza jeślibyśmy pamiętali o odpowiednich przepisach

dyetetycznych po przeprowadzeniu leczenia (np. dyeta nie słona).

Zestawiając własne i obce spostrzeżenia, chciałbym w końcu zaznaczyć, że przeprowadzenie leczenia głodem nie jest dla chorego tak uciążliwe, jakby się to z pozoru wydawało. Bóle rznące jelit są jedynym objawem głodzenia, który uspakaja się szybko po podaniu płynów. Dalej szkodliwość niezbyt długich okresów głodzenia jest co najmniej wątpliwa; sumienny lekarz może według mego zapatrywania przy odpowiedniem wskazaniu śmiało stosować leczenie głodem u chorych dobrze odżywionych i ze zdrowem sercem. Zawsze jest wówczas obowiązany wykonywać ścisłe badanie moczu co do zawartości białka i kwasu tlenomasłowego (odczyn z chlorkiem żelazowym) i ewentualnie leczenie przerwać, albo przez dodatek cukru (120 gr.) przedłużyć do chwili uzyskania odpowiedniego wyniku. Zbytnie przedłużanie leczenia głodem uważam za nieodpowiednie. Nie sądzę, aby 5-dniowy głód u osobnika ze zdrowem sercem mógł przynieść jakąś nie dającą się powetować szkodę.

Przeciwwskazaniem do leczenia głodem zawsze będą stany, połączone z upośledzeniem odżywiania. U chorego mniej lub więcej wyniszczonego, podjęcie leczenia głodem uważaćby należało za błąd lekarski.

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

Higier. **Przyczynek do kliniki zaburzeń psychicznych przy przewlekłem zatruciu kokainą.** (Münch. med. Woch. 1911 Nr 10). Ostre i przewlekłe zatrucia kokainą stały się u nas znacznie częstsze z chwilą wprowadzenia odzwyczajania od morfiny i alkoholu zapomocą kokainy. Prawie $^1/_3$ kokainistów stanowią dentyści, może dlatego, że im najłatwiej o czysty alkaloid. Dawka maksymalna kokainy wynosi »pro dosi« 0·05, »pro die« 0·15; u kokainistów może dochodzić ona do 5 gramów dziennie. W ustroju ulega kokaina związaniu przez substancyę myelinową włókien nerwowych. Substancya biała rdzenia ma większe do niej powinowactwo, niż szara a z tej rogi tylne znów większą, niż przednie. Bardzo rzadko człowiek zupełnie zdrowy, nawet po kilkakrotnych dawkach staje się kokainistą, a zwykle stają się nimi ludzie, cierpiący na przewlekłe choroby lub psychicznie słabsi, zwłaszcza neurastenicy i śledziennicy. Zatrucie przewlekłe kokainą niema klinicznie nic wspólnego z zatruciem ostrem, cechują je przedewszystkiem parestezye, objawiające się dość znamiennie, jako t. zw. objaw Magnana t. j. uczucie pod skórą piasku, kryształów, robaków i t. p. Prócz tego występują ostre napady psychiczne w postaci omamów i bredzeń, przypominających bredzenia przy alkoholizmie z tą różnicą, że chory przytem aż do utraty świadomości jest zupełnie logiczny, czego niema przy alkoholizmie. Zwykle spotyka się przy tem duszność i uczucie trwogi. W czasie napadu cenne usługi jako odtrutka (w przeciwieństwie do alkoholizmu) oddaje morfina. Czasem dopuszczają się chorzy w napadzie samobójstwa. Choroba jest łatwo uleczalna, nie powraca, a odzwyczajanie prowadzić należy forsownie. A.

S. Burak. **O poprawianiu zapadnięć nosa u dzieci.** (Wraczebn. Gazeta 1911 Nr 10—11) Zapadnięcie nosa spotyka się już w bardzo wczesnem dzieciństwie, nawet w pierwszych tygodniach życia, mianowicie przy kile dziedzicznej, przyczem dla powstawania zniekształceń nosa u małych dzieci nie są konieczne zmiany kilakowe w kośćcu nosa, lecz wystarczają owrzodzenia na śluzówce, które z jednej strony hamują rozwój tkanki chrząstkowej i kostnej, z drugiej — wywołują jej zanik. Powstałe w ten sposób zniekształcenia nosa wywołują 1) dotkliwe zeszpecenia twarzy, które dziecko żywo odczuwa; 2) zaburzenia w ogólnym stanie zdrowia, przeszkadzając prawidłowemu oddychaniu przez nos. Jeżeli więc w ręku lekarza jest środek na podobne kalectwo, środek łatwy i bezpieczny, w postaci wstrzykiwań parafiny, należy go zastosować u dzieci. Autor wprowadza niewielkie naraz ilości (0·1 — 0·3) chłodnej parafiny o punkcie topliwości 43⁰—48⁰ strzykawką własnego pomysłu, bardzo prostej budowy. Zabieg nie sprawia żadnego prawie bólu i daje się stosować wielokrotnie u kapryśnych nawet dzieci. Należy zaznaczyć, że skutki zabiegu są trwałe, ponieważ parafina, jako taka, przechowuje się niedługo: zastępuje ją nowotworząca się tkanka łączna, która bierze udział w dalszym ogólnym wzroście ustroju dziecięcego. M. Łążyński.

Doc. A. N. Gagmann. **Znaczenie systematycznie stosowanego cewnikowania moczowodu, jako środka leczniczego.** (Medicisk. Obozr. 1911, Nr 3). Autor, opierając się na doświadczeniach Nitzego, Bozemanna, Albarrana, Kaspra i innych, którzy stosowali cewnikowanie moczowodu bądźto dla przemywania miedniczki przy jej zapaleniach ropnych, bądź dla mechanicznego usunięcia przeszkody przy zatrzymaniu ropy, moczu i t. p., dochodzi na podstawie danych z literatury i własnych 4 przypadków (roponercze, wodonercze) do następujących wniosków: 1) Usuwanie zatrzymanych na stałe produktów w nerce jest możliwe zapomocą systematycznego cewnikowania moczowodu, jeśli udaje się wprowadzić moczowód do miedniczki, 2) Ropne, ale nie gruźlicze sprawy, wbrew poglądowi Frischa i innych, mogą skutecznie być leczone cewnikowaniem i przemywaniem, nawet jeśli łączą się ze znacznem powiększeniem nerki i zatrzymaniem ropy w miedniczkach. 3) Przy pewnych warunkach długie trwanie sprawy nie stanowi przeciwwskazania dla leczenia. 4) Przy cewnikowaniu pożądane jest stopniowe wprowadzanie coraz grubszych cewników, do czego są potrzebne narzędzia, pozwalające na cewnikowanie możliwie grubymi cewnikami. Autor zaleca narzędzie Kollnona, przepuszczający Nr 10 i model Israela (Loewensteina), robiony na zamówienie z kalibrem do Nr 9. 5) Pożądane jest pozostawienie cewnika »in situ« przez możliwie długi czas; pozostawienie cewnika przez 24 godzin można uważać za czas normalny i zupełnie bezpieczny. 6) Nie trzeba powtarzać zabiegu zbyt często; powtórzyć cewnikowanie można dopiero wtedy, kiedy uspokoi się podrażnienie, sprawione pierwszem cewnikowaniem. Z tego względu pozostawienie cewnika na dłuższy czas jest bezpieczniejsze, niż częste powtarzanie zabiegów; za średnią częstość cewnikowania można uważać jedno na tydzień. 7) Do przemywania nie używać mocnych rozczynów: rozczyn azotanu srebrowego 1:3000 uważa autor za dostateczny; a mocniejszego nad 1:2000 nigdy nie używa. 8) Przypadki autora wskazują, że niebezpieczeństwo zakażenia nerki przy cewnikowaniu moczowodu jest prawie żadne, jeśli uwzględnia się aseptykę. Przypadki z wodonerczem przedstawiają najlepsze pole dla zakażenia, jednak pomimo wielokrotnego cewnikowania i w tych przypadkach nie zdarzało się zakażenie. Autor uważa za bardzo ważne staranne odkażanie cewników i wogóle używanych narzędzi. Przebywanie używanych cewników w przyrządzie z tabelkami formalinowemi w ciągu 2 dni okazało się zupełnie wystarczające. 9) Znaczne zmiany w nerce, a szczególnie zbliznowacenia w nerce i tkance okołonerkowej, stanowią znaczną przeszkodę w leczeniu, a nawet może są przeciwwskazaniem. Tomasz Cichocki.

Okulistyka.

Prof. Rollet. **O wydobywaniu obcych ciał metalicznych z oka zapomocą elektromagnesu. Rodzaje stali i żelaza słabo magnetyczne lub niemagnetyczne.** (Revue

gen. d'opht. 1910. Nr 10). Okulista często spotykający się z odpryskami w oku u robotników, musi znać własności magnetyczne różnych gatunków żelaza i stali, z których te odpryski mogą pochodzić. Istnieją dwie kategorye aliażów żelaza: stopy żelaza z węglem w różnych stosunkach (różne rodzaje stali) i stopy żelaza z innymi metalami lub metaloidami. Z pierwszej kategoryi badał R. 9 próbek w postaci 20-gramowych cylindrycznych kawałków. Są to rodzaje stali różnego stopnia twardości, wytrzymałości, sprężystości etc. Osiem z tych próbek przyciąga elektromagnes Rolleta z odległości 65 do 70 mm, ostatnią zaś dopiero za zbliżeniem na odległość 6 mm do bieguna. Ten ostatni rodzaj stali, o tyle słabszy pod względem magnetycznym od wszystkich innych, — zawiera jednak w swym składzie 71·70% żelaza. Z drugiej kategoryi badał R. 39 próbek różnych stopów żelaza z innymi metalami lub z niektórymi metaloidami. Stopy te zachowują się względem magnesu bardzo rozmaicie, zależnie nietylko od jakości przymieszki, ale i od procentowego składu danego aliażu. Tak np. dodatek tytanu do żelaza w ilości 21% sprawiał, że elektromagnes przyciągał próbkę z odległości 10 cm. Gdy zaś zawartość tytanu podniesiemy do 50%, wtedy działanie magnetyczne słabnie o tyle, że przyciąganie próbki tego samego kształtu i tej samej wagi rozpoczyna się dopiero z odległości 4 cm, — i to mimo, że tytan sam jest ciałem w słabym stopniu magnetycznem. Praktyczne znaczenie dla okulisty poza magnetyzmem żelaza może mieć tylko magnetyzm niklu i kobaltu. Działanie elektromagnesu na chrom, tytan, molibden, wanad i mangan jest bardzo nieznaczne.

Bardzo ważne wyniki praktyczne uzyskał R. z doświadczeń nad wpływem ciężaru i postaci kawałka żelaza na jego własności magnetyczne. 10 cg żelaza w postaci sześcianu przyciąga elektromagnes z odległości 1 cm, a tę samą ilość żelaza w postaci dwukończystego pręcika — z odległości 15 cm, a wreszcie w postaci cienkiego 4 cm długiego drucika z odległości 27 cm. Z doświadczeń porównawczych wynika, że ciężar odłamków w mniejszym o wiele stopniu wpływa na przyciąganie, niż ich postać.

K. W. Majewski.

Jones. **Wrodzone przemieszczenie gruczołu łzowego.** (Ophthalmology 1910. Vol. VII, Nr 1). Autor opisuje przypadek wrodzonego zwichnięcia, a raczej przemieszczenia gruczołu łzowego pod spojówkę gałki u 10-letniej dziewczynki. Gruczoł tworzył wyniosłość, przesuwalną ponad ścięgnem mięśnia prostego zewnętrznego, 15 mm $\times$ 10 mm i dawał się bez wielkiego trudu odprowadzić palcami prawie aż do prawidłowego położenia. Matka chorej nie zgodziła się na zabieg operacyjny. Autor przytacza podobne spostrzeżenia z piśmiennictwa, z których wynika, że urazowe zwichnięcie gruczołu łzowego, jakkolwiek również rzadkie, spotyka się jednak stosunkowo częściej, niż jego wrodzone przemieszczenie. K. W. Majewski.

Medycyna sądowa i ubezpieczenia.

Prof. Gumprecht. **Nowa teorya mechanizmu śmierci z powieszenia.** (Vjschr. f. ger. Med. III. Folge. T. XLI., Z. 1., 1911). Wśród bardzo obfitego piśmiennictwa o śmierci z powieszenia tylko niewiele prac przyczyniło się do wyjaśnienia mechanizmu tego skomplikowanego rodzaju śmierci. Pierwsza praca Eckera stwierdza na przekroju zamrożonych zwłok położenie pętli wisielczej i zamknięcie dróg oddechowych przez przywarcie korzenia języka do tylnej ściany gardła. Druga praca, Hoffmanna, doświadczeniami poparta, stwierdza zamknięcie światła tętnic szyjnych tuż poniżej podziału ich na zewnętrzną i wewnętrzną (art. carotis externa i interna). Trzecia praca, Haberdy i Reinera, w której doświadczenia i badania Hoffmanna przeniesiono na tętnice kręgowe (art. vertebrales), wykazała zamknięcie ich światła między pierwszym, a drugim kręgiem szyjnym. Wreszcie dalsze prace starają się wytłómaczyć przyczynę śmierci z powieszenia uciskiem na nerwy szyjne, głównie zaś na nerw błędny. W śmierci z powieszenia wiele jednak zjawisk nie da się powyższemi teoryami wytłómaczyć, natomiast zdaniem autora można je dobrze wytłómaczyć zwężeniem kanału kręgowego szyjnego na wysokości dwóch pierwszych kręgów szyjnych, które to zwężenie powstaje w następujący sposób: Przy typowem położeniu pętli wisielczej z węzłem na tyłogłowiu uciska ten węzeł z tyłu na tyłogłowie tak, że cała głowa opada silnie ku przodowi, a najbardziej tylny odcinek łuski kości potylicznej z otworem potylicznym wielkim, które są prawie prostopadle ustawione. Pętla wisielcza nie opiera się na kręgosłupie szyjnym, który raczej zwisa wolno od ustalonej głowy. Zamiast zatem, aby czaszka opierała się na kręgosłupie, zwisa nagle kręgosłup od niej, który teraz nie jest skierowany prostopadle ku dołowi, lecz skośnie ku tyłowi i dołowi. Ciężar jednak zwisającego ciała stara się zająć znowu prostopadłe położenie. Pierwszy krąg szyjny zesuwa się w stawie potylicznym ku przodowi i dołowi. Łuk tego kręgu uciska przez to z tyłu na rdzeń szyjny, który skutkiem tego zostaje przesunięty do przedniego brzegu otworu potylicznego. Krąg obrotowy powinienby wykonać ten sam ruch, jednak nie pozwalają na podobne ruchy połączenia stawowe z I. kręgiem. Wobec tego opiera się krąg obrotowy podstawą swego zęba o najniższy punkt przedniego brzegu I. kręgu i wtłacza się szczytem wyrostka zębowego do kanału kręgowego, podczas gdy łuk kręgu obrotowego obniża się ku tyłowi. Pomiędzy temi dwoma powierzchniami, t. j. tylnym łukiem I. kręgu, a zębem kręgu obrotowego zostaje rdzeń szyjny uciśnięty. Można to na powieszonych zwłokach bezpośrednio spostrzegać i stwierdzić na odlewach gipsowych. Ucisku nie należy uważać za tak wybitny, iżby rdzeń anatomicznie został uszkodzony; chodzi tu raczej o czynnościowe uszkodzenie miejsca, w którym leżą ważne dla życia ośrodki nerwowe. Oprócz spostrzeżeń przy rozmaitych i licznych doświadczeniach, które lepiej, niż dotychczas, dadzą się wytłómaczyć uciskiem rdzenia szyjnego (n. p. powieszenie bez zaciśnięcia szyi), przemawiają za tym uciskiem także organiczne choroby następowe układu nerwowego, spostrzegane u odratowanych wisielców (naturalnie z wyłączeniem zaburzeń psychicznych, które napewno są wynikiem niedokrwienia mózgu), jak np. często opisywany brak odruchów i mechanicznej pobudliwości nerwowej lub niemożność chodzenia lub stania; wprawdzie te choroby następowe wielu autorów uważa za histeryę, jednak przyjmując to zapatrywanie, niepodobnaby zrozumieć porażenia pęcherza i kiszki stolcowej, o których Liman jako często występującem schorzeniu po próbach powieszenia wspomina. J. Olbrycht.

Landesmann. **Niezwykły przypadek samobójstwa przez otrucie gazem świetlnym.** (Amtsarzt; 1910, Nr 8). Autor opisuje przypadek, podobny do opisanego przez Hofmanna, w którym zapalacz lamp otruł się w ten sposób, że wszedł do beczki, do której poprzednio doprowadził węża gazowego. Pewnego handlarza owocami znaleziono nieżywego w kuchni, w zamkniętej skrzyni (z gwoździami i szpagatem), do której doprowadził gaz zapomocą dwóch długich wężów gumowych z poblizkiego kandelabru gazowego. Mężczyzna ten miał okazywać po śmierci swej żony objawy zadumy i przesytu życiowego. J. Olbrycht.

Grosser i Retke. **Śmierć nagła u dzieci, a gruczoły przytarczyczne.** (Münch. med. Wochenschrift 1910, Nr 40). W wielu przypadkach nagła śmierć oseska nie znajduje dostatecznego wyjaśnienia i wytłómaczenia. Autorowie postawili sobie pytanie, czy nagła śmierć nie jest skutkiem zniszczenia gruczołów przytarczycznych, które, jak wiadomo, leżą po obu stronach tarczycy, jako zupełnie samoistne narządy. Okoliczność nadarzyła trzy odpowiednie przypadki. W pierwszym przypadku wykazała sekcya obok innych zmian gruczoły przytarczyczne prawie w dwójnasób powiększone. W kilku miejscach wśród nich znajdo-

wały się ciemno-czerwone, punktowate ogniska; dwa gruczołki były błękitno-czarno zabarwione. W drugim przypadku wykazała sekcya obok innych zmian z obu stron po jednym gruczołku sino-czerwonym, wielkości soczewicy, podczas gdy obecny także trzeci gruczołek przytarczyczny makroskopowo żadnych zmian nie okazywał. Także i w trzecim przypadku wykazała sekcya i mikroskopowe badanie czterech gruczołów przytarczycznych silne ich przekrwienie. Należy jeszcze nadmienić, że przy sekcyi tych trojga dzieci nie znaleziono obok zmian powyżej opisanych w gruczołach przytarczycznych żadnych ciężkich zmian patologicznych tak, że autorowie sądzą, iż mogą przyjąć jako przyczynę śmierci zmiany w gruczołach przytarczycznych. Bez gruczołów tych ani człowiek, ani zwierzę przy życiu dłuższy czas pozostawać nie może; ile tkanki gruczołowej musi być zachowanej, aby życie mogło istnieć, jeszcze nie rozstrzygnięto. Wreszcie wypowiadają autorowie zdanie, że przy każdej sekcyi nagle zmarłego dziecka, o ile nie mamy dostatecznego wyjaśnienia co do przyczyny śmierci, należy wypreparować i histologicznie zbadać gruczoły przytarczyczne. Jeżeli znajdą się w nich uszkodzenia, zwłaszcza na wielkim obszarze, wówczas można te zmiany przyjąć jako przyczynę śmierci. J. Olbrycht.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Akademia Umiejętności w Krakowie.
Wydział matematyczno-przyrodniczy.

Posiedzenie d. 3. kwietnio 1911.

1) Czł. K. Kostanecki przedstawia pracę p. W. Grzywo-Dąbrowskiego p. t. **Badania doświadczalne nad drogami węchowemi u królika.**

2) Czł. L. Marchlewski przedstawia pracę wykonaną wspólnie z p. J. Roblem p. t. **Studya nad filoporfiryną.** W pracy tej autorowie opisują ulepszony sposób otrzymania filoporfiryny z filotaoniny, podają jej skład, własności optyczne i własności związku cynkowego.

3) Czł. L. Marchlewski przedstawia pracę wykonaną wspólnie z p. Leyką p. t. **O hemopyrrolu.** Praca niniejsza jest dalszym ciągiem studyów tych samych autorów nad hemopyrrolem; tym razem poddano szczegółowemu badaniu wolną zasadę $C_6H_5—N_2—C_8H_{11}N.C_6H_5—N_2$. Oprócz studyów analitycznych praca zawiera wyczerpujące porównanie przy pomocy metod fizycznych wspomnianej zasady z innymi barwikami pyrrolowymi.

Prócz tego przedstawiono na tem posiedzeniu 5 prac, których treść przekracza ramy »Przeglądu lekarskiego«.

Wydział zatwierdził wybór Dr Jana Lachsa w Krakowie na członka komisyi historyi nauk matematycznych i przyrodniczych.

Towarzystwo lekarskie częstochowskie.

Posiedzenie z d. 24. września 1911.

Obecnych 21 członków.

I. Kol. Wrześniowski opisał przypadek **wycięcia wyrostka robaczkowego.** Dziewczyna, lat 19, zgłosiła się do szpitala z powodu znacznego powiększenia objętości brzucha. Chora od roku. Powiększanie się brzucha zauważyła dopiero w ostatnich trzech tygodniach. Dolegliwości stosunkowo niewielkie. Wobec małej gorączki rozpoznano gruźlicze zapalenie otrzewnej. Podczas operacyi stwierdzono dużo wolnego i przezroczystego płynu w jamie otrzewnej, ani śladu gruzełków. Macica, jajowody, jajniki i część wyrostka zrośnięte twardemi bliznami z prostnicą. Kol. W. przypuszcza, że wyrostek robaczkowy był źródłem sprawy zapalnej.

Dyskusya. Kol. Biegański sądzi, że w tym przypadku niema podstawy do upatrywania w wyrostku robaczkowym pierwotnej przyczyny choroby. — Kol. Rozenfeld uważa powyższy przypadek za niezupełnie jasny pod względem rozpoznawczym i sądzi, że przyczyną nagromadzenia się płynu w jamie otrzewnej mogły być zrosty w okolicy żyły wrotnej. — Kol. Brzeziński przypuszcza, że punktem wyjścia sprawy zapalnej mogły być narządy rodne. — Kol. Wrześniowski odpowiada, że zrostów w okolicy żyły wrotnej nie można było znaleźć.

II. Kol. Wasilewski przedstawił 50-letniego mężczyznę **z mięsakiem limfatycznym gruczołów śródpiersia.** Chory uskarża się na kaszel, duszność i ucisk w górnej części mostka. Plwocina krwawa. Nad prawym obojczykiem guz twardy i nieruchomy. Na rękojeści mostka stłumienie, przechodzące na prawą stronę poniżej 2. żebra. W miejscu stłumienia oddechu nie słychać. Żyły na szyi i klatce piersiowej rozszerzone. Gruczoły pachowe wielkości orzecha laskowego, podszczękowe powiększone nieznacznie. Prześwietlanie promieniami Röntgena wykazało obecność guza wielkości jabłka.

W dyskusyi kol. Biegański mówi o rozpoznaniu różniczkowem raka i mięsaka gruczołów śródpiersia, w celach leczniczych radzi stosować naświetlanie promieniami Röntgena i podskórne wstrzykiwania arszeniku. — Kol. Wrześniowski i Batawia opisują przypadki analogiczne, w których chorzy pod wpływem naświetlania i arszeniku doznawali szybkiej poprawy.

III. Kol. Łokczewski przedstawił **noworodka z niedokształtem kończyn górnych.** Kiści i łopatki niedokształcone, przedramiona skrócone do 3 cm, brak zupełny ramion.

IV. Kol. Biegański z powodu epidemii **dżumy** w Odessie wypowiedział kilka uwag o rozpoznawaniu tej choroby. Przedewszystkiem mówił o rozmaitych postaciach klinicznych dżumy, opisał dokładniej postać dymieniczą i płucną, następnie skreślił najważniejsze daty bakteryologiczne, wreszcie zakończył rzecz opisem szczepień ochronnych. Karol Rozenfeld.

Sprawozdanie komitetu gospodarczego I Zjazdu internistów polskich w Krakowie.

W d. 8. IV. 1911 odbyło się pod przewodnictwem prof. Dr W. Jaworskiego końcowe posiedzenie komitetu gospodarczego, na którem:

1. Sekretarz Dr Korolewicz przedłożył następujące sprawozdanie:

»W dniach 19, 20 i 21 lipca 1909 odbył się w Krakowie I Zjazd internistów polskich. Szczegółowego sprawozdania z obrad i posiedzeń Zjazdu nie będziemy tutaj przedstawiać, gdyż jest ono wyczerpująco zamieszczone w 3 numerach »Dziennika Zjazdu«, który wychodził w czasie Zjazdu pod redakcyą Prof. Dra Ciechanowskiego i Dra J. Lustgartena.

Zjazd, co do ilości uczestników, jakoteż referatów i odczytów przeszedł wszelkie oczekiwania. Członków i uczestników Zjazdu, biorących czynny udział było 171, z tego stałych uczestników Zjazdu 69. Zgłoszono 3 referaty główne i 54 odczyty.

Referatami głównymi były: I Zapobieganie i leczenie gruźlicy płuc — ref. Dr Rzętkowski (Warszawa) i Dr J. Brudziński (Łódź). II. O fizyologicznem i leczniczem działaniu radu — ref. Prof. Dr Klecki (Kraków) i Prof. Dr Bruner (Kraków). III O depprawacyi wykonawstwa lekarskiego przez nowoczesny kierunek we fabrykach chemicznych i aptekach — ref. Prof. Dr W. Jaworski (Kraków) i Doc. Dr E. Mięsowicz (Kraków).

Wszystkie te referaty, a zwłaszcza ostatni, wywołały bardzo ożywioną dyskusyę i zajęły przeważną część godzin, przeznaczonych na obrady Zjazdu, tak, iż na resztę zgło-

szonych wykładów brakowało czasu. To też ze zgłoszonych 54 odczytów odbyło się tylko 22. Reszta z powodu braku czasu odpadła, a z tych niektóre umieszczono w streszczeniu w »Dzienniku Zjazdu«, inne pojawiły się w całości w »Przeglądzie lekarskim«. Należą do nich wszystkie prace, przygotowane na Zjazd z Kliniki lekarskiej U. J.

W dniu pierwszym Zjazdu wybrano komisyę statutową, złożoną z Prof. A. Gluzińskiego (Lwów) przewodniczący, Prof. W. Jaworskiego (Kraków), Dr B. Korolewicza (Kraków) Dr Gantkowskiego (Poznań), Dr Rajchmanna (Warszawa), Dr Sokołowskiego (Warszawa), celem opracowania stałego statutu przyszłych zjazdów internistów polskich.

Na posiedzeniu tejże komisyi, odbytem w dniu 20 lipca, uchwalono projekt statutu, oraz dwa główne tematy na zjazd następny, które Zjazd zatwierdził na posiedzeniu w dniu 21 lipca.

Na temże posiedzeniu uchwalił Zjazd wniosek Dra Janiszewskiego o wysłanie memoryału do Wydziału krajowego i Ministerstwa spraw wewnętrznych w sprawie zwalczania gruźlicy. Opracowanie memoryału poruczono wnioskodawcy.

Również uchwalono na wniosek Prof. W. Jaworskiego, szereg rezolucyi skierowanych przeciwko specyfikom i reklamie fabrycznej środków bezwartościowych. W sprawie tej uchwalono wysłać memoryał do Ministerstwa i do Izby lek. krakowskiej, co też po Zjeździe uskuteczniono.

W czasie Zjazdu nastąpiło ukonstytuowanie się »Związku prasy lekarskiej polskiej«. Przewodniczącym wybrano Prof. Dra Ciechanowskiego, sekretarzem Prof. Dr Dobrowolskiego.

Uczestnicy Zjazdu zwiedzili w dniu 19 lipca klinikę lekarską, w dniu 20 lipca oddział I A i B. szpitala św. Łazarza, a w dniu 21 lipca Muzeum historyczne dla medycyny polskiej.

Na ogólne życzenie członków Zjazdu wysłano imieniem Zjazdu telegram do p. Curie-Skłodowskiej, a na wniosek Dra Pawińskiego telegram do Prof. Baranowskiego celem wyrażenia im należnej czci i hołdu w uznaniu zasług, położonych około rozwoju nauki polskiej.

Z czasopism lekarskich poświęciła Zjazdowi »Gazeta lekarska« swój zeszyt 29, a »Przegląd lekarski« zeszyt 29 i 30; »Przegląd pedyatryczny« ofiarował Zjazdowi zeszyt IV i V tomu I.

Planowana w programie Zjazdu wycieczka do Zakopanego nie odbyła się z powodu zbyt małej ilości zgłoszonych uczestników.

Pozostałość funduszu, zebranego z wkładek i wpisowego członków Zjazdu, przekazano na cel zwalczania specyfików.

Do komitetu organizacyjnego Zjazdu należeli: Prof. Dr W. Jaworski przewodniczący, Dr Kwaśnicki zastępca przewodn., Doc. Dr Męsowicz skarbnik, Dr Korolewicz, Dr Łapiński sekretarze, Dr Buzdygan, Prof. Ciechanowski, Dr Jurowicz, Prof. Klecki, Prof. Lewkowicz, Prof. Łazarski. Prof. Marchlewski, Prof. Piltz, Prof Ponikło, Dr Różecki, Dr Stahr, Dr Surzycki, Dr Schoengut. Do Biura Zjazdu należeli: Prof. Jaworski, Dr Kluger, Dr Korolewicz, Dr Kostrzewski, Dr Lustgarten, Dr Łapiński, Doc. Męsowicz, Dr Szurek i słuchacze medycyny: Fr. Cenzerówna, A. Horak, L. Janczarski, E. Miziura, Z. Schincel, J. Szymonowicz, R. Weissberg, W. Zakrzewski, St. Wyszyński i W. Majewski.

W d. 25 lipca 1909 odbyło się posiedzenie ścisłego komitetu Zjazdu, na którem uchwalono przesłać szereg podziękowań, a mianowicie: Do redakcyi »Przeglądu lekarskiego«, do redakcyi dzienników »Czasu« i »Nowej Reformy«. do Prezesa Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i do PP. słuchaczów medycyny, zajętych w biurze Zjazdu.

II. Doc. Dr Męsowicz złożył następujące sprawozdanie kasowe Zjazdu. Dochody 3036 K. Rozchód 2110·49 K. Pozostałość 925·54 K przeznaczono według uchwały Zjazdu komitetowi ściślejszemu na zwalczanie specyfików.

III. Przewodniczący zawiadamia, iż wydano 6.000 broszur w języku polskim o zwalczaniu specyfików i 10.000 broszur w języku niemieckim; większą część tychże już rozesłano. Wniesiono również memoryał w sprawie zwalczania specyfików do Ministerstwa spraw wewnętrznych, do Najwyższej Rady zdrowia i do Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej.

IV. Uchwalono zawiadomić Sekcyę medycyny wewnętrznej następnego Zjazdu lekarzy i przyrodników o projekcie statutu i tematach głównych na najbliższy Zjazd.

Dr B. Korolewicz sekretarz.

Działalność państwowego Zakładu badania środków spożywczych w Krakowie w latach 1909 i 1910.

Na podstawie sprawozdania, przedłożonego c. k. Ministerstwu spraw wewnętrznych w Wiedniu.

Opracował

Dr Leonard Bier,

starszy inspektor zakładu

Liczba wykonanych przez Zakład w latach 1909 i 1910 badań i wydanych orzeczeń wynosiła 2344 i 1832 i była w r. 1909 najwyższą, jaką zakład w 13-letniej swej działalności osiągnął. Najwięcej prób dostarczyły starostwa, bo 1160 wzgl. 921, natomiast władze sądowe podobnie jak w latach ubiegłych dostarczyły ich znacznie mniej: 325 i 239. Rozporządzenie ministeryalne, pozwalające na szerszą działalność rewizyjną zakładu w okręgu jego działalności, sprawiło, że zakład, wykonując przez swych urzędników rewizye przeważnie w powiatach najbardziej co do kontroli środków spożywczych zaniedbanych, pobrał do badania znacznie więcej prób celem ściślejszego ich zbadania, aniżeli w latach poprzednich; w r. 1909 — 602, w r. 1910 — 433. Również i w latach sprawozdawczych, podobnie jak i w poprzednich, zainteresowanie gmin, t. zn. władz autonomicznych było prawie znikome wobec czynności na tem polu organów rządowych. Liczby nadesłanych prób r. 1909 — 55, 1910 — 37, obejmujące w $^3/_4$ badania wody — bardzo często w sprawach uzyskania koncesyi na wyrób wody sodowej — wyrażają najlepiej zaniedbanie na tem polu w gminach. Natomiast wzrasta, jakkolwiek powoli, ilość analiz przedmiotów, nadsyłanych przez osoby prywatne: r. 1909 — 188, r. 1910 — 190, dowodząc faktu, że pośród kupujących, a nawet kupców wzmaga się potrzeba stwierdzenia rzetelności i nieszkodliwości zakupywanych produktów. Zachodzą już nawet przypadki, że kupcy układają się z zakładem o częstsze rozbiory produktów, zamawianych u wielkich firm obcych, celem przekonania się co do ich rzetelności, zanim je ostatecznie zakupią. — Z powodu zakażenia zakładu bukowińskiego bakteryami nosacizny, spowodowanej przez to śmierci 2 funkcyonaryuszy tegoż zakładu i zamknięcia go na czas dłuższy, zakład krakowski wykonał przez ten czas szereg analiz dla władz bukowińskich.

Mimo wzrostu ilości prób, przesyłanych zakładowi przez starostwa galicyjskie, było jednak jeszcze w r. 1909 — 11, zaś w r. 1910 nawet 15 starostw, które nie nadesłały zakładowi w ciągu całego roku ani jednej próbki artykułu spożywczego do badania. Takich zaś starostw, które nadesłały ich mniej niż 10, było 36 względnie 45. Gdyby w obliczeniu powyższem wyłączyć z liczby starostw te, które nadesłały zakładowi jedynie próby wody celem zbadania, czy nadają się one do wyrobu wody sodowej przez jakiegoś fabrykanta, liczba starostw, nie zwracających się w obu latach sprawozdawczych do zakładu o badanie sprzedawanych w ich obrębie produktów spożywczych, wzrosłaby znacznie więcej. Nawet liczba prób 10, stanowiąca na przeciąg 1 roku zdaniem zakładu minimum, jakiego z poszczególnych powiatów spodziewaćby się można, jako dowodu energiczniejszej na tem polu kontroli, jest tak małą, że nie odpowiada 1 próbie na 5000 ludności, co chyba przy jakiej takiej kontroli środków spożywczych, nawet w naj-

mniej przemysłowych i handlowych powiatach, z pewnością okazałoby się potrzebne.

Zakład objął podróżami rewizyjnemi w r. 1909 powiatów 20 z 40 miejscowościami, zaś w r. 1910 powiatów 12 z 21 miejscowościami. Rewizye te, z natury rzeczy niejednokrotnie wykrywając wiele niedostatków, na które władze miejscowe nie wpadły, pojmowane są jednak niestety w niektórych powiatach jako stały obowiązek zakładu, zwalniający władze miejscowe od działalności na tem polu. Pomijając to błędne pojęcie co do zadań zakładu, którego zadaniem jest przez rewizyę poruszyć czynniki miejscowe do zaniedbywanego przedtem czuwania stałego nad żywnością, należy jeszcze raz zaznaczyć, że zbyt wielki obszar urzędowy, obejmujący kraj cały, niewielka liczba urzędników zakładu, nadto zaś konieczność ściągania kosztów podróży rewizyjnych w drodze postępowania karnego, bardzo często pozostawiające wiele do życzenia, obciąża dotacyę zakładową, przeznaczoną na cele inne, i utrudnia działalność zakładu tak dalece, że o wydatniejszej działalności na zewnątrz, mimo przeświadczenia o zaniedbaniu na tem polu w wielu powiatach, nie można myśleć.

Rozporządzeniem ministeryalnem z 25 maja 1908 zostały przy państwowych zakładach badania środków spożywczych stworzone regularnie powtarzające się kursa dla wykształcenia ukwalifikowanych komisarzy targowych oraz państwowe komisye dla odpowiednich egzaminów z prawem wydawania świadectw, uprawniających do objęcia w gminach stanowiska komisarza targowego. Kursa te zgromadziły w latach sprawozdawczych kandydatów 15, wzgl. 9, z których przystąpiło do egzaminu 12, wzgl. 8, zdało zaś egzamin 11, wzgl. 8. W całości wśród kandydatów było urzędników miejskich 8, delegowanych przez magistraty miast: Krakowa (3), Tarnowa (2), Podgórza (1), Kołomyi (1), Jarosławia (1). Równocześnie ze złożeniem egzaminu przez delegowanych przez miasta kandydatów na komisarzy targowych zawiadomił zakład odpowiednie magistraty o konieczności urządzenia dla tychże urzędników podręcznej pracowni targowej, podając spis przyrządów, do jej należytego zaopatrzenia potrzebnych, oraz przybliżony koszt jej urządzenia, a to wychodząc z tej zasady, że urzędnik taki powinien w samym początku swej działalności, jeżeli nie ma zapomnieć wiadomości i wprawy nabytej na kursie, rozporządzać tymi środkami rozpoznawczymi, jakimi nauczył się operować na kursie, w zakładzie. Od tego zależeć będzie w znacznej mierze dalsza jego wartość i użyteczność w mieście.

Współdziałanie władz sądowych na polu ustawy o obrocie środkami spożywczymi i niektórymi przedmiotami użytku znalazło w latach sprawozdawczych znakomite poparcie w 2 okólnikach obu prezydyów sądów krajowych wyższych do podwładnych im sądów, w których najwyższe te krajowe władze sądowe, opierając się na wniesionym do nich memoryale zakładu z r. 1908, omawiają niedostatki w stosowaniu ustawy z 16 stycznia 1896 w sądach, polecając nietylko ścisłe stosowanie istniejących rozporządzeń, ale i inne środki zaradcze celem uzyskania możliwie dobrych skutków ustawy. Dalszych skutków korzystnych w stosowaniu tej ustawy przez sądy spodziewać się należy z osobnych wykładów o tej ustawie na kursach przygotowawczych dla kandydatów sędziowskich, z których pierwszy kurs, zainicyowany przez zakład podaniami do ministerstwa i prezydyów sądów wyższych, poleciło ministerstwo sprawiedliwości urządzić w Krakowie, powołując do objęcia wykładów podpisanego sprawozdawcę. Byłoby rzeczą bardzo pożądaną, by podobne wykłady specyalne, objaśnione wielu przykładami z praktyki i pozwalające przyszłym sędziom głębiej wniknąć w materyę ujętą ustawą, odbywać się mogły, choćby w dłuższych odstępach czasu, we wszystkich sądach obwodowych.

Rodzaj przedmiotów, badanych w latach sprawozdawczych w zakładzie, oraz stopień ich zakwestyonowania podany w nawiasie, wskazują liczby następujące:

Woda studzienna, źródlana i rzeczna 130 i 150 (25 i 48); woda sodowa 8 i 9 (4 i 8); mleko, śmietanka, kefir 47 i 45 (15 i 23); ser 4 i 2 (1 i 1); masło 80 i 29 (52 i 21); inne tłuszcze jadalne 6 i 12 (3 i 4); oliwa 3 i 5 (— i 1); mięso 12 i 6 (1 i 5); wyroby mięsne, kiełbasy 59 i 64 (34 i 31); ryby 11 i 1 (1 i 0); mąka i produkta mączne 189 i 99 (52 i 13); inne wyroby młynarskie 14 i 2 (4 i 1); młyny 3 i 0 (3 i 0); chleb i inne pieczywo 29 i 18 (17 i 9); owoce, jarzyny, mak 53 i 97 (24 i 37); przyprawy korzenne 286 i 209 (157 i 117); grzyby 1 i 1 (1 i 1); krachery i syropy 74 i 81 (47 i 24); cukier i wyroby cukiernicze 210 i 136 (108 i 105); herbata 327 i 225 (62 i 51); kawa 89 i 50 (25 i 15); surogaty kawy 20 i 24 (8 i 4); kakao i czekolada 20 i 38 (6 i 9); wino 143 i 105 (78 i 64); piwo 31 i 35 (23 i 34); wódki 245 i 193 (126 i 118); miód pitny 13 i 7 (8 i 5); ocet 15 i 13 (10 i 10); drożdże 1 i 12 (1 i 9); nafta 6 i 4 (0 i 0); naczynia i przedmioty użytku 156 i 127 (100 i 87): varia 59 i 33 (6 i 16).

Razem przeto na 2344 i 1832 nadesłanych prób i wydanych orzeczeń zakwestyonowano 1001 i 871, czyli 42,7% i 47,6% badanych przedmiotów, odsetek w r. 1909 mniejszy, niż w kilku latach ubiegłych, w r. 1910 wyższy. W liczbie zakwestyonowanych przedmiotów mieści się 651 i 537, które zakwestyonowano z powodu zafałszowania i szkodliwości dla zdrowia, resztę zakwestyonowano z powodu zepsucia. W r. 1909 oddano 904 spraw przeciw 637 podsądnym, zaś w r. 1910—765 spraw przeciw 510 podsądnym do dalszego załatwienia sądom karnym.

Z pośród spostrzeżeń, na szczególne zaznaczenie zasługujących, podnieść należy częściej obecnie spostrzegane zaprawianie mleka wodą i to w ilościach znaczniejszych — mleko z Królestwa — oraz 1-krotne zaprawienie mleka strychniną. — Bryndza owcza z Kołomyi zawierała dosyć znaczną domieszkę twarogu z mleka krowiego. — Masło, w latach sprawozdawczych badane, o ile nie było źle wyrobione i wymyte, oraz zepsute, było bardzo często zarobione wielką ilością wody, który to rodzaj fałszerstwa w okolicy Krakowa w czasie ostatnim bardzo zdaje się rozpowszechniać. Pod nazwą smalcu sprzedawano mieszaninę obcych tłuszczów z olejem sezamowym, zaś jako nowe, szczególnie zdrowe masło polecały pewne fabryki krajowe w Krakowie, Przemyślu, Kałuszu, Stryju mieszaninę przez siebie wyrabianą z tłuszczu kokosowego, barwika i serwatki, nie troszcząc się o przepisy ustawy margarynowej i wprowadzając nawet na tem polu w błąd władze miejscowe. Oliwa, nadesłana do badania przez sąd w Tarnobrzegu, zawierała 26% olejów mineralnych, kracher nadesłany ze starostwa krakowskiego zaprawiony był kwasem karbolowym, a chleb nadesłany ze sądu rzeszowskiego arsenikiem. Wiele uwagi poświęcił zakład wyrobom mięsnym, w postaci kiełbas, serwelatek i kiełbasek, barwionym sztucznymi barwikami anilinowymi celem utrzymania pięknego koloru w towarze starym, a nawet psującym się, zaś w r. 1910 zakład, spostrzegając w pewnych wypadkach w sprzedawanym maku nasienie trującego lulku, spowodował przez namiestnictwo nadsyłanie większej ilości próbek tego produktu, przyczem okazało się, że mak sprzedawany w kraju w bardzo licznych przypadkach bywa zanieczyszczony lulkiem w ilości nieraz znacznej. Zatrucia jednak lulkiem dziwnym zbiegiem okoliczności jakoś nie obserwowano nigdzie. — Zafałszowanie mielonych przypraw korzennych, zwłaszcza pieprzu i cynamonu, a nadto szafranu, przekroczyło i w latach sprawozdawczych 50% nadsyłanych próbek. Przyczyna tego stanu, utrzymującego się stale w handlach korzennych od początku działalności zakładu, tkwi — zdaniem sprawozdawcy — w tem, że w tych sprawach karnych, prowadzonych w sądach jako przekroczenia, sądy, uwalniając kupca, sprzedającego ów towar w dobrej wierze jako normalny, nie zwracają sprawy karnej nigdy przeciw jego dostawcy, który tym sposobem nietylko uchodzi kezkarnie, ale i dalej zasypuje kraj swym towarem oszukańczym. Krachery wyrabia nadal wielu fabrykantów ze sacharyną, zaś wiele krajowych fabryk cukierków zamiast cukru i syropu dodaje do swych, zwłaszcza tańszych wy-

robów — mąki, którą niektóre sądy dziwnym sposobem uważają za dodatek ze względu na cenę produktu gotowego zupełnie uzasadniony. — Pojawiały się nadto cukierki, zaprawiane sacharyną, gipsem, a nawet żelaznymi barwikami.

Mimo bardzo znacznego postępu od czasu działalności zakładu co do jakości sprzedawanej herbaty, zawsze jeszcze około 20% herbat nadesłanych jest zafałszowanych, bądźto dodatkiem liścia borówki kaukazkiej, bądź też przez obciążenie ciałami mineralnemi. Wiele kaw surowych było barwionych, zaś palonych — pociąganych sztuczną glazurą z tłuszczów i żywic i jako takie nie deklarowanych. Pod nazwą wina sprzedawaną bywa mieszanina z wody zabarwionej karmelem lub barwikiem smołowcowym, octem i osłodzona cukrem lub — co częściej — sacharyną, wina czerwone podbarwiano sokiem z borówek, zaś pod nazwą jabłecznika sprzedawany produkt nie zawierał wcale soku jabłecznego, lecz zwykłą wodę studzienną, nieco kwasu i barwika, oraz uniwersalną w wielu fabrykach środków spożywczych w kraju sacharynę. Wódki — by wymienić tylko najciekawsze, — były zaprawiane dla wzmocnienia tytoniem, wapnem palonem, kwasem siarkowym, zaś rum, nadesłany ze sądu bialskiego, zaprawiony 5-krotnie większą od dopuszczalnej ilością estru kwasu octowego, wywołał poważne objawy chorobowe u spożywców. Miód pszczelny, jak w latach poprzednich, bywał zafałszowany syropem skrobiowym, cukrem, bądź też wyłącznie z nich, karmelu, a nawet sacharyny sporządzony, zaś miód pitny zawierał również też same obce składniki. Pod nazwą prawdziwego octu winnego sprzedawano ocet rozcieńczony, zaś jako »ocet owocowy wyskok 90%«, — pod którym publiczność, nie rozumiejąca określenia »ocet wyskok 90%«, przypuszcza ocet bardzo zgęszczony — zwykły ocet spirytusowy, a nie z soku owocowego otrzymany, wymagający najwyżej 4-krotnego rozcieńczenia. Z innych przedmiotów na wymienienie zasługujących podnieść należy tapety, zawierające trujący arsen, maść na piegi, powodującą silne zapalenie skóry, wyrobioną z sublimatu i silnie działającego chlorku amidortęciowego, oraz proszek na ból głowy, zrobiony w 70% z mąki i soli kuchennej, rozesłany wielu osobom przez humorystycznego naśladowcę Hofrichtera.

Dosyć znaczną agendę zakładu stanowiło współdziałanie przy projektach wodociągowych w postaci badań i opinii dla miast i zdrojowisk, oraz kontrola i badanie wodociągów już istniejących, nadto opinie w sprawie wód fabrycznych co do przedsięwziąć się mającego ich oczyszczenia przed wpuszczeniem do rzeki, oraz ocena urządzeń do czyszczenia wód nieczystych. Jeden z wodociągów w mieście przemysłowem, nieodpowiednio zbudowany, przedstawiający z tego powodu niebezpieczeństwo dla całego miasta, po stwierdzeniu w zbiorniku zanieczyszczeń kałowych, był zakład zniewolonym zalecić starostwu do gruntownej przebudowy oraz do gruntownego oczyszczenia całej sieci rur i odkażania zbiornika.

Wielką troskę kierownictwa zakładu stanowi nieodpowiednie pomieszczenie zakładu, wymagającego specyalnych urządzeń i znaczniejszego obszaru, a to tem bardziej, że wskutek odbywającego się od lat kilku żywszego rozwoju zakładu i jego agend coraz różnorodniejszych i pogłębiających się, niedpowiednie pomieszczenie staje bardzo na przeszkodzie w tym rozwoju. Zabiegi kierownictwa zakładu czynione od lat 2 około uzyskania osobnego nowego, do potrzeb zakładu zastosowanego gmachu, przeszły głównie wskutek niekorzystnych warunków finansowych państwa bezskutecznie, istnieje jednak nadzieja, że choć prowizorycznie, jednak wcale korzystnie, uda się w czasie możliwie niedługim zaradzić najbardziej odczuwanym niedostatkom.

XI. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie.
(18—22 lipca 1911).

Zgłoszone w dalszym ciągu tematy i wykłady:

Sekcya medycyny wewnętrznej:

32) O nerwicach urazowych. Referent Prof. Halban (Lwów).

Sekcya medycyny teoretycznej:

Z zakładu fizyologii Uniw. Jag. w Krakowie:

9) Prof. N. Cybulski: Oznaczenie szybkości przewodzenia w nerwach zapomocą galwanometru strunowego.

10) J. Dunin-Borkowski i H. Wachtel: Chłonienie cukru w jelicie cienkiem.

11) M. Eiger: Kształt zasadniczy krzywej elektrokardyograficznej i wyjaśnienie powstawania wszystkich załamków krzywej. (Praca doświadczalna).

12) S. Woliczko: O wpływie temperatury na pobudliwość mięśni.

Z zakładu patologii doświadczalnej Uniw. Jagiell. w Krakowie:

13) Prof. A. Wrzosek: O zadaniach badania eksperymentalnego nowotworów złośliwych.

14) Adolf Maciesza: W sprawie dziedziczności cech nabytych patologicznych u świnek morskich. (Badania doświadczalne).

15) Tenże: Nowy sposób wywoływania stanu padaczkowego u świnek morskich.

Sekcya położniczo-ginekologiczna ogłosiła następujący program obrad:

Posiedzenie I.

Temat główny: Cięcie cesarskie w świetle nowych metod operacyjnych.

1) Mars (Lwów): O cięciu cesarskiem w oświetleniu nowych metod operacyjnych.

2) Czyżewicz (Lwów): W sprawie techniki i wyników cięcia cesarskiego zaotrzewnego.

3) Rosner (Kraków): Kilka uwag o wskazaniach i prognozie cięcia cesarskiego zaotrzewnego.

4) Zaborowski (Warszawa): Kilka uwag o cięciu cesarskiem na podstawie własnych doświadczeń.

Dyskusya nad tematem głównym.

5) Cykowski (Warszawa): Temat zastrzeżony.

6) Herz (Rzeszów): Uwagi o leczeniu łożyska przodującego.

7) Czyżewicz (Lwów): Zachowanie się krwi u osób dotkniętych rzucawką porodową i niepowściągłymi wymiotami.

8) Stankiewicz Cz. (Warszawa): O cięciu brzusznem poprzecznem sposobem Pfannenstiela.

9) Schlank (Kraków): Demonstracya potworów. (C. d. n.).

Zjazd zapowiada się coraz pomyślniej. Prace sekcyi postępują raźno, tak iż komitet gospodarczy Zjazdu zapowiada ukazanie się szczegółowego programu obrad sekcyi w początkach maja. Niektóre sekcye urządzają specyalne wystawy naukowe; tak np. sekcya mineralogiczna urządza wystawę minerałów polskich, na którą nadesłane będą także okazy z wiedeńskiego Muzeum nadwornego. — Towarzyska strona Zjazdu również nie będzie zaniedbana; oprócz zebrań, urządzonych przez komitet gospodarczy i Radę miejską, odbędzie się cały szereg zebrań u członków komitetu i gospodarzy sekcyi. Jako pamiątkę pobytu w Krakowie otrzymają uczestnicy tekę autolitografii wybitnych artystów polskich z najpiękniejszymi widokami Krakowa.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dn. 26. IV. b. r. posiedzenie, na którem prym. Borzęcki przedstawił przypadek promienicy policzka, a Prof. Kader wyłuszczone olbrzymie wodonercze i 2 chorych, u których z powodu porażeń po zapaleniu przednich rogów rdzenia wykonał plastykę mięśni. Następnie Dr Eisenberg miał zapowiedziany wykład.

— Zarząd Biblioteki krakowskiego Towarzystwa lekarskiego składa serdeczne podziękowanie kol. Dr Pragerowi z Maryenbadu za ofiarowane książki. Bibliotekarz: Dr Blassberg.

— Pp. Julian Józef Łapiński z Dąbrowy Górniczej i Adam Romuald Niepielski ze Sławkowa z Królestwa Polskiego otrzymali stopień doktorów wszech nauk lekarskich.

— Z dniem 1. czerwca 1911 wakuje przy Zakładzie higieny Uniwersytetu Jagiell. w Krakowie posada asystenta. Zgłaszać się należy do Dyrektora Zakładu ustnie lub pisemnie do dnia 15. maja br. Pierwszeństwo mają obeznani dokładnie z techniką laboratoryjną mikroskopową lub chemiczną, ukończeni lekarze, obywatele austryaccy.

— W szkole zawodowej świeckich dozorczyń chorych, założonej przez Stowarzyszenie PP. Ekonomek w Krakowie, prowadzić będzie 4 wykładających naukę następujących przedmiotów: 1) anatomia i fizyologia, 2) higiena i nauka o chorobach zakaźnych łącznie z nauką o odkażaniu, 3) ogólna nauka pielęgnowania chorych, 4) pierwsza pomoc w nagłych przypadkach i opatrywanie chorych; prócz tego przez rok praktyczna nauka na oddziałach szpitalnych. Komitet szkoły czyni także starania, aby uczennice szkoły pobierać mogły naukę gospodarstwa domowego i dyetetyki w miejskim zakładzie na Pędzichowie. Uczennice będą o ile możności przyjmowane do internatu. Szkoła rozpocznie swą działalność prawdopodobnie 1. października br.
X.

— »Nasze Zdroje«, wydawane dotąd przez Dr J. Bandrowskiego, przechodzą na własność »Krajowego Związku zdrojowisk i uzdrowisk«, którego będą urzędowym organem.

— W Iwoniczu rozpocznie się sezon kąpielowy w r. b. 1 maja, a zakończy się 15. października.

Warszawa. W szpitalu zakaźnym św. Stanisława rozpoczyna miasto budowę nowych pawilonów kosztem 181.000 rubli.

— Nowy przytułek położniczy przy ul. Żelaznej oddany będzie do użytku w drugiej połowie r. b.

Z różnych stron. Komitet VII międzynarodowego Zjazdu dermatologicznego (w Rzymie, we wrześniu r. b.) prosi nas o zaznaczenie, że streszczenia zapowiedzianych wykładów należy nadsyłać najdalej do 15 maja na ręce Dra Ciarrocchi (Roma, 5 Piazza Grazioli) lub Prof. E. Schiffa (Wiedeń, I Maximilianstrasse 5).

Zmarli: Dr Leon Jaxa-Kwiatkowski, Warszawianin, w 25 r. ż. w Genewie; Dr Eligiusz Kuszelewski, b. współredaktor »Medycyny i Kroniki lek.«, w prasie codziennej pisujący pod pseudonimem »Senex«, w Lublinie; Dr Albin Nebelski, b. referent lekarski kolei nadwiślańskich, w 74 r. ż. w Warszawie.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się we środę dn. 10. maja 1911 o godz. 6 wieczór w domu Towarzystwa (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: 1) Prof. Bujwid: Porównanie działania promieni pozafiołkowych, a bardzo nizkiej ciepłoty na niektóre zarazki (demonstracya). 2) Dr Kostrzewski: Odczyn Freund-Kaminera (Serodyagnostyka raka). 3) Dr Nowaczyński: Odczyn Calmetta z jadem kobry w surowicy ludzkiej, a wartość jego rozpoznawcza u gruźliczych.